Health Care in New Brunswick 1784~1984

HEALTH NEW BRUNSWICK
SANTÉ NOUVEAU-BRUNSWICK

1784-1984

85-2187/

DR. WILLIAM F. ROBERTS
FIRST MINISTER OF HEALTH IN BRITISH EMPIRE

TABLE OF CONTENTS

	Page
Preface	1
Acknowledgements	1
Introduction	2
Colonial Society 1865	3
The Development of Organized Medicine, 1865-1918	6
The Emergence of the Welfare State, 1919-1948	9
The Development of a Universal Public Health Care System, 1948-1984	12
Suggested Readings	17
Notes	18
Bibliography	20

Preface

This report was prepared for the New Brunswick Department of Health. It was researched by Deborah Bulmer, Kristen Godwin, Jane Hammond, Susan Reed, Linda-Ann Sturgeon, and Robert Watson. Linda-Ann Sturgeon authored the report, and the project was co-ordinated by Robert Watson.

Acknowledgements

The Bicentennial Fredericton Historical Research Project was funded to produce this report by a grant from the New Brunswick Department of Health and the Federal Department of Manpower and Immigration through the Summer Canada Student Employment Program. The work was supervised by the Chairman of the University of New Brunswick's History Department, Peter C. Kent, and the project co-ordinator, Robert Watson.

Special thanks are due Dr. R. W. Tooley, retired Director of Occupational Health of the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission for his suggestions and his essay on public health, and W. Y. Smith, Jr., for the use of his essay on the Department of Health in New Brunswick. The suggestions of Professors T. W. Acheson, E. R. Forbes, and David Frank of the University of New Brunswick's History Department are gratefully acknowledged.

INTRODUCTION

Health care in New Brunswick is an integral part of the province's history. In the early colonial period, health needs were considered to be purely of local concern, with each community providing basic medical relief. The interest in implementing health measures varied widely from one community to another and consequently there were no set standards of care. The main problems in public health during the pre-Confederation era were the recurring cholera and typhus epidemics which resulted from widespread immigration into the province. New Brunswick's first public health laws were designed to protect its seaports from these communicable diseases, with more emphasis on control rather than treatment.

After Confederation, the province began to assume more financial responsibility for health concerns, resulting in the encouragement of organized community health measures such as the installation of water and sewage systems, and more accent on preventative measures and active treatment. By 1918 health care had evolved into an organized, coordinated system under the direction of a provincial Department of Health. The period after the First World War produced a rapid development of health services at the federal and provincial levels of government. While the province continued to expand its role in the provision of health care, the increasing demand for more facilities and programs created a heavy financial burden on all provinces. As a result, the federal government introduced programs to provide financial assistance to the provinces to help expand health services. Under this financial stimulus the New Brunswick health care system was able to expand rapidly after 1950 and to keep pace with technological advances taking place in the health field. As Canada moved into a period of economic recession in the 1970's, the high costs of maintaining such an extensive health care program created problems for New Brunswick. To cope with restraints in spending, a new emphasis was placed on regionalization and the integration of health services to provide more economical universal care. Thus, what began as a simple, loosely structured health care system 200 years ago has evolved into a complex, multi-faceted public organization.

CHAPTER I

Colonial Society to 1865

The practice of medicine in New Brunswick predated the arrival of the first Europeans. Long before the first French surgeon arrived with the De-Monts-Champlain expedition of 1604, the aboriginal Algonquian, Micmac, and Maliceet Indians practiced their own form of medicine which combined magical and practical methods of treatment. The Indians believed that many illnesses were caused by evil spirits. The medicine man performed healing by magic, combining songs, dances and prayers in elaborate ritual ceremonies. Interwoven with these ceremonies were practical remedies developed by the Shaman or herbalist for different ailments. Among the first effective of these herbal treatments was a tea made from ground spruce bark, which even French explorers used to cure scurvy. The superstitious, magical quality of many Indian practices cannot overshadow the many advanced techniques which the native tribes developed. The Indians recognized the importance of splints for fractured bones, and developed sutures from the tendons of deer, to close wounds.[1] With the arrival of the French, primitive surgical skills were introduced into the colony by French ship surgeons.

The early Acadian and British settlements in New Brunswick were sparse. Large scale colonization did not begin until 1783 with the influx of United Empire Loyalists, followed by the creation of New Brunswick as a separate province in 1784. During this period New Brunswick's population was sparse. Farming and lumbering were the main occupations, and led to a concentration of population in rural areas. This created problems of isolation and primitive conditions. A number of urban centers began to grow, creating, new health problems including transient populations, congestion, and disease. As a result, medical services developed unevenly within the province. While larger communities were able to organize to serve themselves to some extent, the poorer rural areas lacked the funds necessary to establish proper health facilities.[2]

Public Health

Very little was known about public health during the early colonial period. There was no knowledge about germs or an understanding of what caused diseases; as a result public health was very primitive and consisted mainly of meeting emergencies rather than establishing any preventive health measures.[3]

Control of the spread of communicable epidemic diseases became the dominant theme in New Brunswick public health during this era. Increased contact with the British Isles, New England, and other parts of the world through the development of the shipping industry, resulted in the influx of immigrants into the province. Many immigrants brought with them epidemic diseases such as typhus, cholera and smallpox. As settlements grew, roads opened, and schools were built, people could mingle more freely, thus allowing the rapid spread of infectious diseases which had entered through seaports, through the entire province.[4] Sanitation problems were a major cause of diseases and the spread of epidemics during this period. Public water and sewerage systems were non-existent during the early part of this era. Water for domestic purposes was obtained from private wells, usually dug in the front or rear of residences. Outdoor toilets often were built close to the wells, thus contaminating water supplies. Sewage disposal systems had not been developed, and garbage either littered the streets or was dumped into nearby rivers. People simply did not realize that these unsanitary conditions bred the germs which caused diseases and contributed to their spread. Rather than taking effective preventive action by improving sewage and water supplies, individuals placed more emphasis on trying to contain diseases before they could spread further. Without improvement in general sanitary conditions, however, quarantine methods could never ultimately be effective.

Due to its size and position as a major entry port for immigrants, the city of Saint John was responsible for the passage of legislation relating to health. The first public health act was passed by the colonial legislature in 1796 to prevent "bringing infectious distempers into the City of Saint John".[5] The Act referred to the outbreak of smallpox in New England from 1788-1792, and was designed to impose maritime quarantine to prevent the introduction of this disease. Maritime quarantine meant that all passengers on ships arriving in the port would be inspected to determine if any were carrying epidemic diseases. To prevent the spread of these diseases, the sick were to be kept isolated in quarantine stations. By 1799 this legislation had been extended to include all of the province.

Early cases of typhus, a disease characterized by a high fever and eruption of red spots, appeared on the Miramichi with the arrival of boatloads of Irish immigrants in 1827. People then did not understand that typhus was transmitted by infected body lice. Consequently, they did not appreciate that putting the sick into filthy, overcrowded quarantine houses caused the disease to flourish.

In 1833 the threat of the spread of Asiatic cholera, a usually fatal infectious epidemic disease characterized principally by serious intestinal disorders, prompted the New Brunswick Legislature to pass an act to establish boards of health in several counties. These local boards were composed of lay persons authorized to impose quarantine. If board members suspected the presence of an epidemic disease in their community, they had the power to keep the sick isolated to prevent the further spread of that disease. Most boards of health, except that of Saint John, were temporary organizations which only met to deal with emergencies. Mainly due to a lack of funding, they were inactive most of the time. While cholera and typhus were most common, other contagious diseases such as scarlet fever, diphtheria, and smallpox were also prevalent during this period.

The year 1847 marked the arrival of a large number of Irish immigrants escaping the ravages of the Irish potato famine, who were sick with typhus. Saint John and the Miramichi were particularly hard hit by this epidemic which killed thousands of immigrants. The main housing pro-

vided for the sick was the overcrowded, dirty quarantine stations located in ports. Under the 1786 New Brunswick Poor Law, each parish had been made responsible for accommodating its local paupers. As a result, many almshouses existed throughout the province, designed to provide charitable relief for the poor. Since most of the sick immigrants were also poor, the quarantine stations were overcrowded, and there were no public hospitals, many of the sick were sheltered in the almhouses where their diseases rapidly spread to other inhabitants.

The most serious provincial outbreak of cholera was the 1854 epidemic in Saint John, the Miramichi, and other areas. Since cholera is an infectious disease transmitted by bacteria in contaminated water supplies, the absence of public water systems throughout the province meant that the disease rapidly flourished. Although a private company supplied water to parts of Saint John beginning in 1832, many areas still used wells and were not serviced by a public water supply. Over 1,500 people died in this city alone.[6] There was one beneficial outcome of this cholera epidemic. Due to the apparent weakness of the Saint John board of health in dealing effectively with the emergency, a smaller and more efficient board was reorganized in 1855 under Dr. William Bayard, "a leading figure in New Brunswick public health." Saint John also appointed commissioners of sewage and water in 1835 in an effort to develop adequate sanitation services.[7] The colonial era of public health thus closed with a developing recognition that better facilities for sewage disposal and water supplies were desperately needed, but conditions were slow to improve, particularly in rural areas which lacked funds to upgrade sanitary conditions.

Hospitals

There were no public hospitals in New Brunswick until 1865. Prior to the establishment of public hospitals, almshouses "served as both hospitals for the sick and shelters for the destitute at the same time."[8] These institutions for the poor became a "catch-all" for all types of unfortunates including the aged, crippled, mentally retarded, and the indigent sick. There were severe overcrowding, a lack of proper segregation among inhabitants, and little or no treatment for the sick. These almshouses served merely a custodial function, and were generally unsafe and unfit places to be since diseases there were easily transmitted to others.

Early hospitals in the province developed to meet local or specialized needs. Military hospitals were located in several areas such as Fredericton, but they only served local regiments. Marine hospitals were among the first organized health institutions in New Brunswick, and they provided treatment for sick and disabled seamen. The need for such institutions increased with the rapid influx of immigrants, as most early hospitals were entirely concerned with maritime quarantine. In 1822 the province sponsored the building of the Kent Marine Hospital and Pest House in Saint John.[9] In 1847 the Pest House was transferred to Partridge Island in Saint John Harbour to administer care to all cases of infectious diseases in seamen. Sanitary conditions were deplorable there, particularly with contaminated water supplies. To alleviate overcrowding, tents were set up, but many of the sick had to sleep outside. Early institutions often provided custodial care or a place of shelter, with little or no emphasis on active treatment. These early marine hospitals were supported by a penny per ton duty on vessels of 60 tons and up. It appears that some of the revenue collected in the port of Saint John was also used to finance hospital facilities in other countries.[10]

A quarantine island was established near Saint Andrews in the 1840's and it became the main quarantine station for Passamaquoddy Bay in 1865.[11] Several other marine hospitals were established throughout the province in the colonial period, including ones at Saint Andrews (1825), Dalhousie (1844), Richibucto (1849), Buctouche and Bathurst.[12]

Outbreaks of diseases such as cholera, typhus, and leprosy made necessary a large number of temporary emergency establishments. The Executive Council allowed £1000 from the provincial treasury in 1832 to meet the cost of setting up cholera hospitals in Saint John and Fredericton and in Northumberland and Charlotte counties.[13] A fever hospital to house typhus victims was also established in Saint John in 1848, and a similar institution was provided on the Miramichi.

Leprosy is a disease which causes skin lesions, nerve paralysis and physical mutilation. Its spread in the northern counties of Gloucester and Northumberland led to the establishment of a lazaretto or house for diseased lepers, on Sheldrake Island in 1844. The mysterious disease was feared and misunderstood. The local Board of Health, revived to deal with the emergency, was convinced that the disease was caused by people heating their houses in the winter with closed stoves instead of fireplaces, thus creating a tropical climate which bred infection.[14] The sick often fled into the woods to avoid isolation under armed guards in the lazaretto. In 1849 this institution was moved to Tracadie, but the following description from 1861 shows that conditions were still harsh:

> Lepers were hunted like wild beasts, dragged from their hiding places, handcuffed and thrown into what was a cheerless prison surrounded by a wall 12 feet high with a row of iron spikes on the top to prevent escape.[15]

The power of the Board of Health was curbed and competent medical care was administered when nursing sisters from Montreal's Hotel Dieu Hospital took charge of the Tracadie lazaretto in 1868.

Other than these specialized establishments, there were no facilities for treating the general public, who were left to depend largely upon their own resources or the aid of a local doctor to receive health care at home.

Professionals

The absence of public hospitals in New Brunswick during the nineteenth century meant that the majority of people received care at home. Up to the middle of the century no defined nursing or medical profession existed in New Brunswick. There were not training schools for nurses, but untrained lay nurses were common, and many communities had their own local midwife or local women adept at caring for the sick by relying upon home remedies. Some old cures included goose grease for sore throats and a syrup of onions and molasses boiled together for coughs.[16] Other early home remedies included

bleeding and a dose of molasses and sulfur administered in the spring to clean out the system. Poultices such as salt pork placed on the feet, were used to draw poisons out of the body, and quilling, or ticking the feet with a feather, was a popular method used to induce labor in pregnant women.[17] During these early days, patent medicine advertisements were abundant in local newspapers, making extravagant promises for mixtures that were guaranteed to provide miracle cures for any ailment ranging from cancer to ingrown toienails.[18]

Many of New Brunswick's earliest physicians were military surgeons who settled in the larger communities. Rural settlements had limited access to physicians and often had to rely on lay healers and on self-care through traditional remedies. The predominant philosophy of treatment before the end of the eighteenth century were summarized by a renowned European physician who wrote that the secret of medicine was to "keep the head cool, the feet warm, and the bowels open."[19] Another London doctor wrote in 1784,

> when patients comes to I,
> I physics, bleeds and sweats 'em,
> And if they choose to die,
> what's that to I, I lets 'em.[20]

Most of New Brunswick's early physicians received their education abroad, in London or Edinburgh, and consequently would have been influenced by these ideas. In the early nineteenth century doctors had no knowledge of bacteria or viruses as causes of infectious diseases and therefore the practise of medicine was based largely on speculation. Surgical techniques and instruments were still very primitive, with many operations being conducted at home under unsterilized conditions and in a trial and error manner. It was not until 1848 that the first anaesthetic was used in Canada, allowing surgeons time to perform more careful and accurate procedures. Before that time, Jamaican rum was in popular use as a pain killer.

The diary of Elizabeth Innes, a nurse practising in early nineteenth century New Brunswick, provides a description of what conditions were like then. She wrote that there were no training schools for nurses and that they had to pick up knowledge by practise and by asking the doctor questions. Early surgery was done with no preparation, washing or sterilization, often on kitchen tables. There were no face masks, caps or gowns, and many patients kept most of their clothes on during an operation. Doctors often used pocket knives to perform operations, using waxed thread for sutures.[21] It is not surprising that there were high infection and mortality rates during this period.

Physicians were scattered throughout the province, but many doctors lacked formal training, having developed their skills through apprenticeship. Efforts were made in 1816 to set some standards for care. An act was passed "to exclude ignorant and unskillful persons from the practise of physic and surgery."[22] The Lieutenant-Governor was authorized to license persons who had been established in practise seven years before passage of the Act, and a board of three physicians was appointed to examine applicants for a license. The bill was relatively ineffective, however, since not all doctors, even those formally educated, bothered to apply for a license.

Denistry in nineteenth century New Brunswick was practised either by qualified medical men as a specialty or by untrained artisans. The first dental school in the world was established in Baltimore, Maryland in 1840. In the later years of the century, more and more dental graduates from American schools were practising in the province. This trend was accomplished by a decline in the number of dentists without formal training.

Many early doctors had more than one profession. A common practise was for a physician to own a drugstore or to be a barber. Despite inadequacies in the provision of health services, most early physicians were dedicated individuals, making house calls within a forty mile radius, often without pay.

Mental Health

During New Brunswick's early colonial history, very little was known about mental health. The prevailing attitude was that mental disorders were incurable or that insanity was the result of demonical possession or evil doing on the part of the victim. The earliest New Brunswick legislation regarding mental illness was passed in 1824, authorizing "any two justices of the peace to issue a warrant for the apprehension of a lunatic or mad person and cause him to be kept safely locked in some secure place directed or appointed by them, and if deemed necessary, to be chained."[23] The use of the term lunatic, viewed as derogatory by today's standards, and the reference to chaining reflect the contemporary understanding of mental disease. The power given to the justices of the peace also led to much abuse, with the lack of proper definition for mental disorders. Under this early law, most of the people apprehended were kept in almshouses since each county was responsible for the care of its mentally ill, and these poorhouses, along with local jails, were the only accommodation available. Some mental patients were cared for at home by their families, while those able to afford it were sent to asylums abroad.

The humanitarian movement for the reform of the treatment of the mentally ill was led by Dr. George Peters who was the visiting medical officer at the Saint John Almshouse and county jail in the 1830's. Peters found conditions deplorable in these institutions, with heavy use of restraints and lack of segregation of the mentally ill from criminals or the sick. Under the urging of Peters, Saint John justices of the peace, and concerned individuals in other areas of the province, the Provincial Assembly debated the question of establishing a permanent Lunatic Asylum. Yet the severe overcrowding of county institutions required immediate action and as a result, Dr. Peters converted the basement of a small wooden cholera hospital into a Temporary Lunatic Asylum in 1836. This was the first mental institution established in Canada. Although the provincial government assumed most of the financial responsibility for the institution until 1893, after 1893 municipalities were required to pay a per capita rate of $65 for harmless pauper lunatics from their area.[24] The building was too overcrowded to allow efficient treatment, patients mingled freely with sick individuals in other parts of the hospital, and generally it was merely an extension of the almshouse. Yet, despite its inadequacy the Temporary Asylum represented an important development in the treatment of the insane. For the first time it was recognized

that the mentally ill were ill, not criminal, and that they required separate accommodation.[25]

In 1848 a permanent Provincial Lunatic Asylum was built in Saint John. Part of the original structure still remains today and forms part of Centracare. While early emphasis in the Provincial Lunatic Asylum was primarily upon custodial care, a form of moral treatment was adopted. This method emphasized the use of a few simple drugs to control behaviour, bathing techniques and bleeding for therapeutic purposes, while practising a combination of the three elements of work, play and worship. Isolation of the mentally disturbed patient from his social environment was advocated during this period. As Superintendent Dr. John Waddell stated, "No insane man recovers at home."[26] A commission appointed to inquire into the management of the Asylum in 1854 concluded that the existing accommodations were not sufficient, that patients were overcrowded, and there was not room enough for proper classification. A major complaint during this period was that the asylum was being used too often by parishes trying to escape the expense of caring for their idiot paupers,[27] the aged, senile, epileptics, and mentally retarded.

CHAPTER II

The Development of Organized Medicine, 1865-1918

Between 1860 and 1880 New Brunswick experienced a golden age of economic prosperity due to its shipbuilding and shipping industries. This resulted in the availability of more provincial money for health services. During this period also, scientific research led to a knowledge of what caused diseases. With the incorporation of major scientific discoveries into the field of medicine, an organized and professionalized health care system slowly began to develop in the province. This resulted in a new emphasis on treatment rather than merely providing custodial care for the sick; public hospitals were built and positive action was taken toward improving sewage and water supply systems.

With Confederation and the rapid Canadian economic, industrial and population growth of the late nineteenth century, there was a growing recognition that organized action was necessary to deal effectively with increasing health and welfare issues. Issues such as prohibition and women's suffrage, combined with developing Christian social gospel doctrines which advocated regenerating Canadian society through Christian socialist principles, generated a spirit of reform in all areas of social welfare, including health care. Saint John assumed a central role in this era of reform due to its position as a large urban centre. Using the administrative strength of its local board of health and the expertise of local public health figures, Saint John initiated significant reforms in New Brunswick health care. The process culminated in the establishment of a provincial Department of Health in 1918.

Hospitals

It was the health problems associated with nineteenth century immigration that finally gave impetus to increasing the number of health personnel and the establishment of public hospitals. During the cholera epidemic of 1854, Dr. William Bayard was the visiting physician for the Saint John almshouse and observed at first hand the terrible conditions which the sick poor faced. When he became chairman of the new Saint John Board of Health in 1855, he urged the city to establish a proper hospital to accommodate the poor.[28] Bayard's early attempts to gain subscriptions for a new hospital were frustrated so he decided to support the movement by a tax on rate-payers. By an act of the Provincial Legislature in 1860 bonds up to $28,000 were sold, and a poll tax of 25 cents per annum on every "notable" male in the city and county of Saint John was introduced.[29] The Province also contributed $8,000 to the endeavour, and in 1865 New Brunswick's first public hospital, the Saint John General Public Hospital was opened. Between 1867 and 1900 six other general hospitals opened in Chatham (1869), St. Basile (1873), Fredericton (1888), Moncton (1895), Campbellton and Tracadie. The Salvation Army Evangeline Maternity Hospital opened in Saint John in 1889. Between 1900 and 1914 four more hospitals were opened at St. Stephen, Woodstock, Grand Falls, and Bathurst. Two tuberculosis hospitals also opened during this period near Moncton (1913) and in Saint John (1915). In addition, separate and specialized institutions still existed such as marine, military and mental health hospitals.

It is important to recognize that before the beginning of the twentieth century, hospitals were often merely places of shelter for the chronically ill poor, while most people still received care at home. Early hospitals were dreaded, particularly since many were dirty, crowded and disease-ridden. Until the late nineteenth century medicine had a limited basis in science and surgical methods were still relatively primitive. When the Victoria Cottage Hospital opened in Fredericton in 1888 its capacity was 14, but it housed an average of 5 people per day during its first year, demonstrating that hospitals were still little trusted.[30]

Doctors

At the time of Confederation in 1867, New Brunswick physicians formed a professional group with some system of standardization, by organizing the New Brunswick Medical Society, to be composed of all doctors legally registered in the province. The Canadian Medical Association

was also formed in 1867. The Medical Act of 1881 created the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick, later called the Medical Council,[31] which administered provincial examinations to medical students until 1912, at which time the Medical Council of Canada began to standardize medical licensing procedures across Canada.[32] This resulted in set national standards for physicians, thus improving the general quality of care received. Specialization began on a very small scale after Canada's first specialist, a Toronto opthalmologist, began to practise in 1867, but the general practitioner was still the most influential doctor throughout New Brunswick. Dentists in the province organized a dental society in 1889, with forty dentists registered in 1890.

During the late nineteenth century major scientific developments were revolutionizing medical care. Pasteur's mid-century discoveries in bacteriology led to the establishment of the germ theory of infection and laid the foundations for immunology. Joseph Lister's discoveries for disinfecting wounds and of antiseptic methods made possible finer, more delicate scientific surgical skills. Other discoveries such as the X-ray in 1895 greatly helped to advance medicine by the beginning of the twentieth century. By 1911 New Brunswick had 98 dentists and 281 physicians, or 1 doctor for every 1,252 members of the population.[33]

Nurses

Between 1868 and 1873 religious sisters became active in New Brunswick nursing. With assistance from the federal government, the Hospitalers of St. Joseph from the Hotel Dieu in Montreal had taken over care of the leper institution in Tracadie in 1868. The same order also opened two other hospitals, one at Chatham and the other at St. Basile.[34]

The first training school for nurses in New Brunswick was established at the Saint John General Hospital, and was influenced by Florence Nightingale's efforts in England to establish nursing as a profession. Nurses were expected to be the "eye and ear of the physician during his absence."[35] One of the problems which developed was that educational needs were frequently subordinated to the service needs of the hospital, resulting in poor coordination between classroom and bedside teaching. During this period there were three branches of nursing: hospital, private, and district nurses. A major portion of early nursing graduates were absorbed into private duty nursing in homes where people could afford to pay for such care. Hospital nursing often was done largely by students. District nurses provided services for those who could not afford care, and laid the foundation for the future development of public health nursing. Members of the Saint John General Public Hospital Nurses Association helped to establish a provincial association of graduate nurses in 1916, which later became the New Brunswick Association of Registered Nurses. The first registration examinations for nurses in New Brunswick were held in 1919.[36]

Mental Health

General improvements in surgical and medical techniques were accompanied by an increasing awareness that mental institutions should be places for treatment rather than serving merely a custodial function. This new attitude was reflected in legislation in 1905 in which the name Provincial Lunatic Asylum became the Provincial Hospital, Lancaster.[37] A further significant change took place in the method of commitment. The power of admitting patients to the hospital was removed from the jurisdiction of the justices of the peace and placed under qualified physicians who were required to issue a medical certificate. Gradually the use of court warrant was abolished except for dangerous cases.[38] Despite the introduction of such changes, overall improvements were very slow to develop. A 1920 Mental Health Survey concluded that the Provincial Hospital still provided primarily custodial care. The study also identified an extensive list of problems including overcrowding, absence of occupational therapy and modern devices, too frequent use of restraints, and insufficient emphasis on preventive measures.[39]

Public Health

Under the 1867 British North America Act, the provision of health care services was acknowledged as primarily a provincial responsibility.[40] The federal government was given control of quarantine and of the establishment and maintenance of marine hospitals, while the provinces were given control of the establishment, maintenance, and management of hospitals and asylums. While the New Brunswick government began to take a more active role in health care, a great deal of responsibility for the provision of services still rested with local municipalities between 1867 and 1919. The initial impact of entry into Confederation was that it relieved New Brunswick of control over quarantine, thus ending the original motivation for provincial health law.[41] The developing emphasis in public health during this period was on the control of communicable disease and the supervision of environmental health through monitoring milk, drinking water supplies and sewage disposal, and through inspections of meat, retail stores and private dwellings.

The new emphasis on environmental health did not develop until the late 1880's, nurtured by the growing recognition that affirmative action needed to be taken to combat unsanitary conditions persisting throughout the province. It is difficult to imagine what conditions were like back then. In the rural areas, sanitary conditions fluctuated, with outdoor privies, community dipping spoons for drinking water and food often prepared under unsanitary conditions. Prosperity in the cities did not necessarily mean improved cleanliness. In the 1860's there was a problem in Saint John on Drury Lane, where Market Square now stands, with the filth from free-running pigs. Garbage filled the streets and the market building was surrounded by rotting fruit and vegetables. People often used perfume rather than taking regular baths.[42] As mining became a major industry and labour needs increased, young children were employed for long hours and low wages. School was not compulsory and in rural districts often had to be closed in the winter because of the lack of heat. By the 1870's a new emphasis was beginning to be placed on environmental health, which led to the gradual improvement of these unsanitary conditions. The new direction which New Brunswick public health took during this era was influenced strongly by general advances taking place in medical knowledge, particularly the discovery that diseases were caused by germs which were bred in unsanitary conditions.

Developments in provincial public health were influenced particularly by the ideas of the Bavarian Max von Petenkoffer which were known worldwide. He championed for fresh air, pure water, clean dwellings and wholesome food as the best protective measures against disease. He felt that environmental conditions were the main causes of diseases, and thus he paved the way for modern public health practices. The impact of these ideas was seen in New Brunswick as communities gradually began to improve water supplies and sewage disposal systems, but it was a slow and costly process. Major changes were visible only in larger communities in which the system of municipal taxation and financing could support the high cost of installing water and sewage systems. Saint John had a public water supply serving most parts of the city by 1852. In Fredericton a waterworks system was installed in 1883 to pump untreated water from the St. John River, but it was not until 1907 that a sewage system was installed.[43] Although conditions slowly began to improve in urban centres, in rural areas contaminated water supplies and lack of sanitation facilities continued to be persistent problems well into the twentieth century.

Development of the New Brunswick Department of Health

Passage of the Public Health Act in Britain in 1875 led to the adoption of similar legislation in New Brunswick and the rest of Canada. The immediate impetus which influenced the passage of the province's Public Health Act in 1887 was the threat of a smallpox epidemic which had hit other regions of Canada in 1885 and required organized action to be dealt with effectively. The 1887 Act established a Provincial Board of Health in New Brunswick for the first time. The province was divided into health districts, each with a board of health with responsibilities to make sanitary investigations and inquiries respecting the causes of disease and mortality.[44] Under the rules drafted by the Provincial Board of Health, a number of duties and powers were assigned to local boards. They were authorized to investigate all houses, buildings, railway cars, vessels, and public and private property within their jurisdiction to ascertain whether they were properly ventilated, kept in a suitable state of cleanliness, and whether any contagious diseases existed. In Saint John a children's rhyme developed:

> Pigtail Pete, go wash your feet,
> The Board of Health's across the street.[45]

Local Boards also were responsible for keeping contagious persons isolated and for placing signs on the doors and yellow flags in the windows of houses with smallpox. Strict rules were to be enforced for the sale of fresh meats and vegetables, and for clean water and sewage supplies. No dead animals were to be thrown into the river and no privies were to be built near a well.[46] These were extensive duties which could only be enforced effectively if proper funding were secured. Unfortunately some municipal councils either granted no money for defraying the expenses of the local board or else granted so little that it was impossible for the board to undertake its work successfully. As a result, a sharp discrepancy between rural and urban boards developed. As Dr. William Warwick observed, "while many boards of health were appointed, finally about twenty-six, those outside the cities seem to have functioned more or less irregularly and mostly in suppressing outbreaks of smallpox."[47] There also seems to have been little cooperation between the Provincial and local Boards; some submitted annual reports, others did not. Some local boards seldom if ever met since there were few funds to work with. The system was inadequate; the public health administration created by the 1887 Act remained weak and disorganized.

An important factor which contributed to reform was the fact that despite the weakness of the overall provincial system, the Saint John local Board of Health remained active and administratively well organized, and thus was in a position to initiate reform of the health care system for the entire province. The creation of a Ministry of Health in 1918 resulted largely from the aspirations of the Saint John administration overflowing into the provincial sphere and replacing the inadequate Provincial Board of Health with a centralized department.[48] Due to its size and position as a major urban centre, Saint John had individuals who were prominent in the public health sphere and were able to exploit laws at the provincial level. One such leading figure in public health was Dr. William Bayard. Bayard had headed the reorganized Saint John Board of Health in 1854, been instrumental in establishing the province's first general public hospital, and had become the first chairman of the Provincial Board of Health. It was individuals like Bayard who generated the pressure for change in New Brunswick's health system, but a second important factor was the development of a nation-wide spirit of reform stimulated by the First World War. Combined with Saint John's administrative power, this spirit of reform also provided a catalyst for the establishment of a provincial Department of Health.

By the beginning of the twentieth century, public health had become an important social issue in Canada. The social disruptions caused by the First World War generated a movement for broad social reform. Christian social gospel doctrines advocated national regeneration by purging Canadian society of the evils of modern life, particularly materialism, corruption and the evils of alcohol. Women's groups became more vocal during this period, advocating better working and living conditions, educational opportunities, and the right for women to vote.[49] In New Brunswick, women's groups such as the Imperial Order of the Daughters of the Empire and Women's Institutes, along with other voluntary organizations such as the Victorian Order of Nurses, and the Red Cross, took an active interest in promoting public health. These groups helped to organize services throughout the province and created a further impetus for reform. Thus, the spirit of social reform was flourishing in New Brunswick during this period, particularly in the urban centre of Saint John.

The reform of public health was particularly evident in the case of tuberculosis. As new developments in medicine permitted more effective control of acute communicable diseases, tuberculosis came to the forefront and received increasing attention from health authorities.[50] In 1909 a group of doctors and clergymen met with the New Brunswick government to discuss the problem of tuberculosis and the need for a provincial Sanitorium. The Legislature appointed a committee to investigate the best method of prevention and cure. In 1909 the first Society

for the Prevention of Tuberculosis was formed in New Brunswick, and by 1913 the Jordan Memorial Sanitorium for tuberculosis was opened in The Glades near Moncton.

The major turning point in the reorganization of the public health system in New Brunswick came with the entry of Dr. William Roberts into the political arena. Roberts was the coroner of Saint John who first gained public prominence with his involvement in the movement for better housing conditions in that city in 1899. It is significant that he received his medical degree from a college in New York City in 1894 because it was in this city that the new knowledge of bacteriology first was applied to public health practice, and the city had developed its own health department in 1892. Consequently, Dr. Roberts was familiar with advanced approaches to public health and had connections in New York. He became caught up in the spirit of reform, particularly as a strong supporter of women's suffrage.[51] Dr. Roberts entered provincial politics in 1917 with an aspiration for public reform. He was named Liberal Minister-without-Portfolio, but he used his post to pursue his interest in health care. To carry out the task of reform of the health system, Roberts visited New York to obtain advice, retaining the service of John Hall, sanitary engineer with the New Jersey Department of Health, to conduct a survey of health conditions in the province.[52]

John Hall's report focused public attention on the deplorable sanitary conditions existing in the province in 1917, urging recognition of the fact that "the lives of the citizens are the greatest asset of the state, and it is the financial as well as the moral duty of a government to promote the health and well-being of the people."[53] Hall criticized the poor distribution of funds in the province and pointed out that the health problem in New Brunswick was primarily a rural one. The report noted that there were serious discrepancies between rural and urban areas, and that infant mortality rates were particularly high in northern New Brunswick. Outside of the uncoordinated work done by various charitable organizations, no active provisions had been made for infant welfare. The survey also noted that the return of soldiers from the First World War, carrying veneral disease and tuberculosis would make health problems more severe. Hall therefore recommended the creation of an efficient Provincial Department of Health with a Minister and Chief Medical Health Officer, and the appointment of a Chief of Laboratories to serve the entire province. This expansion of health administration was expected to deal more effectively with the medically depressed region of New Brunswick, particularly in the north. As a result of the Hall Report, Roberts pushed for the creation of a Department of Health, receiving support from several groups including the New Brunswick Federation of Labour. In 1918 Dr. Roberts was appointed the first Minister of Health in the British Empire. A new Public Health Act created a central executive office under the Minister, a Chief Medical Officer, and a Public Health Laboratory under a Provincial Bacteriologist and Pathologist. The province was divided into three health districts, Eastern, centered in Newcastle; Western, centered in Fredericton; and Southern, centered in Saint John, each with a District Medical Officer. In turn, the health districts were divided into subdistricts with each town compelled to finance a sub-district board of health and appoint and pay for medical inspector for schools.[54] This last provision met with much opposition from small towns who objected to paying their share of appropriation. Under the Act, a more accurate system of collecting and analyzing vital statistics was introduced, and provision was made for compulsory medical inspection of schools.

Between 1867 and 1919, public health in New Brunswick evolved from a decentralized, poorly administered, inefficient system into a centralized provincial Department of Health. A new era in the province's health care system was launched with the creation of this department.

CHAPTER III

The Emergence of the Welfare State, 1919-1948

Social disruptions caused by the First World War and the Depression led to a growing public demand for more social services. Following the war, hospitals began to expand rapidly, becoming the major centres for treatment due to advances in medical science and knowledge. During this period more emphasis was placed on preventive measures, and in response to demands for an expansion of services, new programs began to develop. As demands increased, it was recognized that the vast financial responsibilities for health care placed on provincial governments and municipalities were too burdensome. Provinces like New Brunswick simply lacked the funds necessary for such rapid expansion. Rising costs and complexity of services led to increased involvement of the federal government in the health care field. This culminated in 1948 with the implementation of National Health Grants to help defray provincial costs incurred while establishing the foundations of a comprehensive, universal health insurance program for all Canadians.

During this period, the Maritime economy in general began to decline rapidly. Until 1918 Maritime manufacturers and producers received preferential and subsidized freight rates on the Intercolonial Railway, allowing them to compete in the central Canadian market. Following the war, the federal government embarked upon a new National Policy which ended preferential treatment and encouraged an east-west trade system with concentration of industry in Ontario and Quebec.[55] These unfavorable policies left the Maritimes more vulnerable to the post war

recession, and subsequently had an impact on the health care system, since funds were often unavailable to expand health programs to meet increasing needs.

Public Health

With the creation of the Department of Health, public health programs were expanded, with new emphasis placed on preventive measures, particularly on immunization of school children and stress on teaching public hygiene. In 1919 province-wide inspection of schools commenced, aimed at eliminating contagious diseases. Six school medical officers conducted physical and mental examinations of school children and inspections of school buildings. The financial impetus for some of the major improvements in public health services in New Brunswick often came from funds outside the province. Many communities were reluctant to assume the cost of appointing school inspectors. As a result the American Rockefeller Foundation provided a grant which assumed these costs for two years.

The new stress on education and primary prevention led to the creation of a new public health worker, the public health nurse. In 1921 a grant from the Provincial Red Cross and assistance from voluntary organizations such as the Women's Institutes, the I.O.D.E. and the V.O.N., enabled the Department of Health to establish a public health nursing service. The initial plan was to place one public health nurse in every New Brunswick town,[56] but it was recognized that this was an unrealistic goal since many municipalities simply could not afford to finance such a service. The Rockefeller Foundation offered to help establish services for two years if county councils would agree to take over financial responsibility after this period, but the offer was turned down.[57] In the beginning, public health nurses were known as infant welfare nurses because their principal role was to reduce the high infant mortality rate in the province through a program emphasizing prenatal and infant care. As a result of their efforts the infant mortality rate fell from 135 deaths per 1,000 live births in 1920 to 60 per 1,000 in 1928.[58] It was perhaps due to this success that the province decided to finance two public health nurses in 1927.

By the 1930's public health nursing had become more generalized, with emphasis on prenatal and infant welfare, school hygiene, tuberculosis follow-up, and bedside nursing.[59] Additional bedside nursing was provided by the Victorian Order of Nurses, working in close cooperation with the public health nursing service. Although this service provided important care, lack of funds hampered its expansion throughout the province.

Veneral disease and tuberculosis were two other major concerns during this period. Free veneral disease clinics were established in larger communities during the twenties, and public health officials played an active role in educating the public about these health problems. Vigorous efforts to reduce mortality from tuberculosis were made through the provision of several tuberculosis hospitals. For many years the budget for tuberculosis control was larger than the budget for the rest of the Department of Health.[60] As a result of these efforts and generalized improved standards of living, tuberculosis mortality rates slowly decreased from 102 deaths per 100,000 in 1920 to 61 per 100,000 in 1939.[61]

Sanitation improvements in rural areas were slowly taking place following the establishment of a separate sanitation branch of the Department of Health in 1918. Gradually municipalities began to improve water sewage supplies, but improvements were hampered by lack of funds, and many communities still were not equipped with proper water supply systems. In 1923 the city of Saint John introduced compulsory pasteurization of milk, an unpopular movement which led to Dr. Roberts' defeat in the provincial election. One indignant protestor exclaimed, "If the Lord intended us to drink pasteurized milk He would have put a cooler on a cow."[62]

The emphasis on preventive measures during this period also extended to dental care, particularly to schools in poorer rural areas. One medical inspector in 1926 found that nearly 60% of the school children he examined in Moncton and Rexton had diseased teeth. Dental clinics for underprivileged school children were held in Saint John and Moncton periodically.

There was a reorganization within the Department of Health in 1933 forming five health districts under District Medical Health Officers who held diplomas in public health and special training as tuberculosis diagnosticians.[63] The Rockefeller Foundation had provided more grants to the province for post-graduate training in public health at McGill University. The appointment of these trained officials signified another important advance in public health, making it a more organized and successful program, although often hindered by a shortage of funds and personnel. The district medical officers were responsible for identifying notifiable diseases, conducting clinics, and supervising hotel, restaurant, water and sewage inspections.

By 1935 the Provincial Health Department bore approximately two-thirds of the total cost of public health while the counties provided one-third.[64] Reorganization took place once again when the large health districts were divided into smaller districts. Overall, the Second World War led to a severe shortage of public health personnel whose services were required for the war effort. The war period coincided with the provincial government's increased involvement in health care responsibilities. In 1942 the provincial public health nursing service was reorganized so that all future public health nursses would be employed directly by the province.[65] Traditional services including prenatal care, tuberculosis follow-up, bedside nursing, home visits and health talks continued. During and after the war, due to a lack of available medical officers, the responsibilities of the public health nurse expanded to take over the medical inspection of schools. The most serious concern during the nineteen forties was the outbreak of polio, which prompted the Department of Health to move further away from the traditional emphasis on environmental health and communicable disease control, and to expand into the field of rehabilitation with the hiring of four physiotherapists. Further evidence of the province's increased role in health care was seen when the Department of Health began distributing free vaccines to physicians in 1942, in an effort to increase levels of immunization.[66] In 1945 the province assumed completely the patient maintenance costs in all tuberculosis sanatoria and hospitalization costs for acute polio cases. Efforts to combat cancer were also undertaken with the establishment of cancer clinics throughout the province in 1947.[67]

An enlarged program was undertaken by the Department of Health in 1947 with the appointment of directors of hospital services, cancer control, sanitary engineering, and tuberculosis control.[69] These new divisions were organized in anticipation of the federal government's National Health Grants program which came into effect in 1948, providing financial assistance to all the provinces for hospital construction, improvements in public health services, provision of more trained manpower, and improvements in mental health services.

A further improvement which took place during this period was the transfer of the Indian Health Services Division of the Department of Mines and Resources to the Federal Department of National Health and Welfare in 1945. Previous medical care of New Brunswick Indians had been provided most actively through public health nursing services.[60]

Hospitals

Following the First World War, hospital construction in New Brunswick began to expand rapidly. Construction had been limited during the war years and hospitals had suffered from serious shortages of medical staff. Returning doctors, nurses and technicians brought back new techniques and concepts which advanced the quality of services, and more interest in hospital administration began to develop. The result was that by the 1920's the role of the general hospital had changed from a place where the poor went to die to the major locale of treatment for all social classes. There was more widespread use of hospitals after the First World War when developments in medical technology made hospitalization safer for treatment. Doctors and nurses became more closely affiliated with hospitals during this period.

By 1949 New Brunswick had 49 hospitals,[70] including several tuberculosis facilities, scattered throughout the province. The major problem was that most hospitals had developed to meet the needs of specific communities, resulting in a lack of cooperation and coordination between these institutions. There was also a lack of proper standardization, and since many of the hospitals only had a small number of beds, the overall system was inefficient.

Doctors

Despite many advances, medical care during the nineteen-thirties was relatively primitive by today's standards. Eighty-five per cent of all births took place in the home as well as many minor operations such as tonsilectomies.[71] Operation techniques and procedures were often not as refined as they are today, resulting in high infection rates. The introduction of sulfa drugs in 1939 and the availability of pencillin during the early nineteen forties revolutionized medical care, resulting in great improvements in recovery and mortality rates.

Specialization among doctors developed very slowly in New Brunswick, and the family doctor or general practitioner still reigned supreme. A health survey conducted in 1951 recorded 341 registered physicians in the province, with only 44 specialists. One hundred and fifty-two of these physicians were practicing in the three major urban centres of Saint John, Moncton, and Fredericton, leaving a shortage of doctors in rural areas. A shortage of dentists in the province was particularly visible, with only 112 in 1946, a ratio of 1 for every 4,286 of the population.

By this period, all New Brunswick physicians were formally qualified, and most were now educated in Canada rather than abroad. Overall, the system of personalized care with a close doctor-patient relationship was still maintained throughout this period.

Nurses

Until 1919, Canadian nurses who wanted to further their education had to go to the United States. In 1920 the University of British Columbia established the first Bachelor of Nursing program in Canada. New Brunswick was not to introduce such a program until several decades later, and most nurses were still trained at local hospital schools.

During the Depression, fewer people could afford the home care of private duty nurses. Unlike the previous era, more nurses were now affiliated with hospitals. A survey of nursing education in Canada, the Weir Report, was conducted in 1932 and recommended that small teaching school hospitals should be closed due to inefficiency, and that nursing education should be incorporated into the general education system of the provinces. This last recommendation was due primarily to the fact that more money was being spent in other areas of hospitals rather than on improving nursing facilities. It met with much opposition from hospital administrators because it would reduce the service role for which hospitals used their student nurses. Many hospitals were serviced largely by student nurses who received no pay while in training and thus were a financial asset. The system had been much abused and a major concern was that service needs were emphasized at the expense of educational needs. Nurses were being taught what to do without being told why; the theoretical background was lacking. Plans to establish an educational program with concurrent practical experience had to be delayed due to the Second World War which contributed to a shortage of nurses in New Brunswick. In 1940 there were 550 registered nurses in the province, a ratio of 1 for every 827 of the population.[72] During the forties better wages, shorter hours, more clinical as opposed to housekeeping duties for nurses were slowly being introduced. General improvements in the educational training of New Brunswick nurses were not implemented until the following decade, however. By 1949 there were 14 training schools in operation in the province, many of them in hospitals too small to meet Canadian standards of education for nurses.

Mental Health

Conditions in New Brunswick mental health during the 1920-1948 era had not advanced over the previous period. The *Annual Report* of the Provincial Hospital Superintendent for 1922 indicated that the hospital's custodial role still persisted:

> for many persons that are admitted each year, nothing more can be done than to provide shelter—the aged, the paretic, the epileptic, the imbecile. There is no other haven for them in this province.[73]

The most positive action taken towards making the Provincial Hospital more of a modern treatment center was initiated by Dr. E. C. Menzies in 1934. Renovations were accelerated and new treatments such as insulin shock therapy were introduced. A supervisor of nurses with psychiatric training was secured to head the nursing staff.[74] Overcrowding and critical staff shortages due to the war, however, imposed severe constraints on treatment in the forties. Complaints against the management of the institution led to a Royal Commission inquiry in 1945. The report found that conditions at the Provincial Hospital were deplorable, with no occupational therapists due to the war and a general lack of proper segregation among patients. Many sections of the hospital were old, dirty, and rat-infested. A particularly serious concern was that attendants periodically administered drugs to patients and used restraints frequently as a form of punishment, without a doctor's consent.[75]

Rapid progress in mental health began following the Second World War. It was only after the war that the federal government began to assume an active role in providing services for the mentally ill, particularly because the war veterans had brought the problem of mental health into sharper public focus and cast emphasis upon the prevalence of varying degrees of mental health problems in society as a whole. It was the introduction of federal health grants in 1948 which provided the major financial stimulus for the development of an extensive mental health program in New Brunswick during the next era in health care.

The Development of Federal Health Programs

The Depression of the nineteen thirties had a devastating impact on all of Canada, and thus created a serious strain upon the entire Canadian health system. This period of social turbulence was accented by demands for social change, and saw the first political initiatives for government health insurance. Conservative Prime Minister Bennett developed a "New Deal" package of social welfare legislation which included a comprehensive health insurance program for all Canadians. He was defeated by Liberal Mackenzie King in 1935 and the Supreme Court ruled that his legislation was unconstitutional because it went beyond the legal powers of the federal government. The 1867 Fathers of Confederation had intended to create a federal system in which there was a strong central government, but in reality had given the provinces extensive power in such areas as health and social welfare. The problem was that as health and social needs became more complex, the provinces had the power to implement programs of assistance but lacked the financial strength. Conversely, the federal government had the money but not the power to introduce legislation. A solution to this problem was provided when Prime Minister King appointed the Rowell-Sirois Commission on Dominion-Provincial Relations. Briefly, the 1940 report of this commission changed the financial structures of Canada's federal system and allowed the establishment of a national system of social services administered by the provinces and aided by federal government grants. Through this arrangement the federal government was able to propose a National Health Grants program during the 1946 Conference on Reconstruction. These grants were introduced in 1948. Equalization payments of the provinces helped to transfer wealth throughout the country, with the aim of establishing a minimum level of basic service to Canadians. The federal health grants provided money for hospital construction, the training of more medical personnel, and improvements in public health services.

CHAPTER IV

The Development of a Universal Public Health Care System 1948-1984

The introduction of federal health grants in 1948 brought rapid development in New Brunswick health care. The federal government continued to assume an increasingly central role in the provision of health services.

The foundations for the development of a universal public health care system were laid in 1956 when the federal government announced proposals for a federal-provincial cost-sharing program for hospital insurance, a program which New Brunswick adopted in 1959. The final step in the process was introduced in 1966 when the federal government adopted a national, universal program for medical care. Although medicare was to be jointly financed by the federal and provincial governments, enormous financial demands were still placed on the New Brunswick government to guarantee minimum services to all citizens. The high costs of providing not only health but other social welfare services as well, created serious problems for the New Brunswick government. In 1967 the Liberal government under Louis Robichaud introduced a "Program for Equal Opportunity". This program was designed to ensure the provision of at least minimum standards of public services on an equal basis throughout the province. Equal Opportunity had a major impact on medical service in New Brunswick. It restructured the provincial health care system and emphasized greater efficiency. This program was followed in 1971 with the province's entry into the national medicare plan.

The introduction of these services revolutionized New Brunswick health care by improving facilities and access to care. Financial stimulus created extensive services by

building a system aimed at meeting regional needs, in an integrated and efficient structure which emphasized providing equity of services throughout the province. By the 1970's an extensive and complex system of health care had evolved in New Brunswick. Yet in the period of economic recession of the late 1970s and early 1980s, the high costs involved in maintaining such a system created serious problems for provincial and federal health care officials.

Public Health

The introduction of the National Health Grants program in 1948 was a milestone for the development of public health in New Brunswick. With this financial stimulus, the scope of services greatly expanded through the initiation of new programs and divisions within the Department of Health including dental health in 1948, maternal and child welfare in 1949, and a division of mental health in 1950. The main accent was on programs of prevention and community health care, with a particular emphasis on educating the public in good health practices. Special courses in health education were offered to prospective teachers in training at Teachers College.[76] An interesting development took place in 1950 when a civil defence program of disaster preparedness was launched, stimulated by the Korean War. The *Annual Report* of the Department of Health for that year implied that the grave international developments were to change drastically the plans of the Department, and required sacrifices on the part of this understaffed organization.

Under the civil defence program, a plan was developed by the Department of Health to bring aid to any part of the province that might require it due to a disaster. Officials were briefed in chemical warfare, rescue work, and other methods.[77] When this international threat subsided, the Department resumed its regular public health services.

During this period there was still a need for vast improvements in public health, particularly in rural areas and in the fields of sanitation and dental health. In 1947 a Sanitary Engineering division was established in the Department of Health to provide consultation on water supplies, sewage disposal and milk pasteurization. Regular inspections were held, particularly in rural areas, but the high cost of improvements hindered many advances in conditions. The *Annual Report* of the Department of Health for 1950 contained a report from Queens county describing the deplorable sanitary conditions found in schools. Open wells were still found, toilet seats had been eaten away by porcupine, and many schools had no water coolers, paper towels or soap. Several other areas reported similar problems. Improvements in these poor conditions were initiated through the assistance of the Women's Institute in several districts. Schools in rural areas became target points for increased public health education programs carried out by public health nurses and other officials in the Department of Health. By 1965 the cost of installing sewage and water systems generally was shared by both provincial and federal government,[78] in acceleration of improvements in general sanitation.

Dental care also received widespread attention in the 1950's. The provincial Dental Society promoted a Dental Health Survey in 1950. The survey committee found that over 45% of the children examined had received no restorative treatment and at least 1/3 had never received dental treatment of any kind.[79] New Brunswick had 105 dentists in 1950, a ratio of 1 dentist per 4,914 population, the smallest dentist to population ratio in Canada with the exception of Newfoundland. The overall average for Canada at that time was approximately one per 3,000 population. In response to the committee's recommendations, the Dental Health division hired two dental hygienists by 1956, and began to establish community dental clinics throughout the province.

Despite this increased activity, the director of Dental Services wrote in his 1957 report that the problem of dental decay in New Brunswick was widespread and severe. A major problem lay in convincing communities to fluoride their water supplies, but it was not until the seventies that fluoridation began on a large scale. The acute shortage of dentists in the province continued throughout the nineteen sixties.

By 1960, communicable diseases had been brought under control to a large extent through immunization, improvements in water supplies, food supplies, sanitation, personal hygiene education and improvements in the quality of medical and hospital care. Public health services began to evolve to meet the new needs of a society which had become much more health conscious. Drastic reductions in infant mortality rates led to a rapid increase in Canadian life expectancy figures. In 1926 the average Canadian lived to be about 58 years old, but by 1946 the life expectancy was 73 years old. This increase created a need for services for the aged, resulting in the establishment of more nursing homes and increased public health nursing care programs for the elderly.

With the control of most infectious diseases, problems such as cancer, respiratory and cardiovascular diseases came more into the forefront. This resulted in an increase in publications aimed at educating the general public about these diseases and teaching methods of prevention. Pamphlets warning about the dangers of smoking or teaching the warning signs for serious diseases, became more popular. High accident rates and increased drug and alcohol abuse also required the development of new programs. In 1963 an alcohol education division was implemented on the provincial level, and health education programs were implemented to teach the public about the dangers of smoking, drugs and alcohol. Over the years, a number of community-oriented volunteer organizations, such as Alcoholics Anonymous, have developed to supplement the services of the Department of Health.

New preventive programs began to emerge in the area of infant care with the establishment of paediatric clinics conducting blood testing of newborns to prevent mental retardation.[80] Family Planning and Planned Parenthood programs also began to develop in response to the rapid increase in pregnant unwed mothers. Advances in rehabilitation services continued following the opening of the Forest Hill Rehabilitation Centre in Fredericton in 1958.

Public health services in the nineteen seventies provided a diverse variety of activities within a regional organization. Emphasis was placed upon public health inspections, public health nursing, maternal and child health, communicable disease control, public health ed-

ucation, alcohol education and community services, nursing homes, mental health, dental health, and occupational therapy programs. Several regional programs such as child health conferences, school health, and prenatal classes were developed. The main emphasis of public health nursing was still on the pre-school child, but a new emphasis on home nursing also developed, in which family members were taught how to continue care at home. Since the onset of the new Nursing Home Program in 1971 which ensured that all licensed nursing homes maintained acceptable standards of care, public health nursing also expanded its role in adult health supervision.

Over two hundred years of history, the focus of public health services has changed significantly. What began as a service concerned primarily with containing the spread of infectious diseases in the eighteenth and nineteenth centuries, has evolved into a large scale division which administers care in a wide variety of areas. Assistance is provided by numerous volunteer organizations including the Canadian Cancer Society, the Arthritis Society, and the Canadian National Institute for the Blind.

The Introduction of Equal Opportunity

Until 1967 the provincial government provided only partial funding for public health services, the remaining responsibility rested with the county boards of health. By the 1960's it had become obvious that there were severe inequalities in New Brunswick's health care system. Due to regional disparities in the province, county boards of health did not uphold equal standards of care. Rural areas were particularly vulnerable because they were usually lower income regions and could not meet the high financial expectations necessary to establish equitable services. To alleviate these problems which were similar to the financial difficulties in all areas of social welfare, Liberal Premier Louis Robichaud introduced a "Program for Equal Opportunity" in 1967 which transferred the financing of municipal operations to the province. The major impact of Equal Opportunity in the field of health was that local boards of health were abolished and the Department of Health assumed their duties. The Department was entrusted with financial responsibility for providing public health services directly throughout the province with the aim of ensuring basic standards of care for all residents.[81] With the abolition of local boards of health in 1967, local health services were integrated into five health regions designated A-E, each centered on the major urban centres within the province.[82] The plan was to provide a more efficient and coordinated system of care which permitted equity of services for all citizens.

Although Equal Opportunity was not implemented until 1967, the principles relating to health care which it upheld were not new ideas, particularly in the two major areas of mental health and hospital services. Since the nineteen fifties there had been a growing recognition in these two fields of the need to develop such an equitable community-oriented program.

Mental Health

The old problems of overcrowding and staff shortages in the Provincial Hospital, Lancaster still persisted in the nineteen fifties, but the decade was marked by considerable advances in treatment, particularly with the advent of new antidepressant drugs. In New Brunswick, a Mental Health division of the provincial Department of Health was established in 1950, paving the way for rapid improvements and the development of new services. Another positive step forward came with the formation of a provincial branch of the voluntary Canadian Mental Health Association in 1951, which helped to initiate and coordinate new programs.

Prior to 1950, mental health problems were almost totally referred to the Provincial Hospital, but under the federal health grant system, financial support was provided to develop a variety of new services which greatly improved access to treatment. A program emphasizing active treatment and prevention was launched with greater effort directed toward mental health education, aimed at eradicating the terrible social stigma attached to mental illness. By this period the vast problem of mental illness was identified as the most serious single problem in the entire health field. Before this decade, emphasis had only been upon severe cases, but now focus was turned on milder forms of mental illness which were more common and highly treatable if early help was available. Mental Health clinics began to be established in large urban centers, and in 1954 the opening of the new Provincial Hospital in Campbellton helped to alleviate the critical problem of overcrowding, and helped to extend services to northern New Brunswick. Several problems still remained during the nineteen fifties, most notably the absence of special facilities for the aged and for the care of mentally retarded children. Still, the decade marked a major turning point in the early movement towards decentralization of mental health services.

Further important developments and new trends in mental health care were established during the nineteen sixties. A major step forward took place with the construction of the first Provincial Hospital School for mentally retarded children in Saint John in 1962, followed in 1965 by the conversion of Jordan Memorial Sanatorium into a hospital for geriatric and mentally retarded adults. While it was recognized that some special groups needed separate institutions, a new emphasis began to be placed on decentralizing new services so that treatment could be received within local communities rather than isolating and segregating patients in large, impersonal asylums. The prevailing theme in mental health care during the sixties was deinstitutionalization, a developing trend away from the traditional mental institution which was felt to be an outdated, unsound method of treatment except in severe cases. This attitude developed in relation to advanced research in psychiatry, the introduction of new drugs, and the growing recognition of the widespread presence of mental illness in society.

Large scale development of community-oriented mental health services commenced in 1969 following Equal Opportunity, with emphasis placed on early diagnosis, treatment, and return to the community, with follow-up care either at home or in transition houses. Passage of a new Mental Health Act in 1969 allowed informal admission to psychiatric facilities, encouraged more voluntary admissions, and also permitted facilities to be set up in general hospitals. The provincial Mental Health Division also commenced a regional service based on division of the province into five main regions. The decade of the nine-

teen seventies solidified the trend towards regionalization and the integration of mental health with other community services.

The introduction of Medicare in 1971 created greater demand for mental health services and permitted broader access to the system of care. More mental health clinics were established throughout the province, psychiatric units in general hospitals began to open, and a variety of volunteer organizations were established in various communities to supplement mental health services. One example was the Chimo organization in Fredericton which provided a crisis phone line for individuals to call to discuss any personal problems with trained counsellors.

Control of services continued to move gradually from central to regional control, influenced by shifting treatment philosophies and clinical attitudes toward the quality of patient care, and the availability of medication. These factors encouraged the establishment of a system of treatment which would avoid the dislocation of family and community ties. Both Provincial Hospitals gradually began to lose their old central position in mental health care, with a re-orientation toward a unit system of organization to accommodate long-term patients. In 1978 the Provincial Hospital at Saint John was incorporated under the name Centracare, with management of the institution transferred to a Board of Trustees. The Campbellton Hospital also became a corporate entity, and these two institutions became more of a back-up system for long-term treatment. By 1980 a broader spectrum of expertise and wider range of services were available, resulting in overall improved access to mental health care in New Brunswick. Mental health over two hundred years progressed from a central institution which provided merely a custodial function, to a community-based system of care providing active treatment in a wide variety of fields.

Hospitals

The 1948 health grants provided major financial stimulus for post Second World War hospital construction in New Brunswick. Most hospitals were built at a time when communities undertook to meet their own needs for hospital services and did not consider their facilities as part of the total provincial pattern.[83] Thus, hospitals generally evolved independently of each other rather than providing an efficient integrated network of linked services. By 1950 there was a growing realization that cooperation and coordination of facilities would increase the overall quality of care. A 1951 provincial health survey recommended the movement towards regionalization. This involved dividing the province into a series of regions, each having a broad responsibility for planning and coordinating hospital services within the region, thus promoting decentralization of decision-making. With an eye towards quality and equity in services, it was proposed that five health regions be established in which the larger hospitals would act as big brothers to smaller ones, promoting cooperation and an exchange of ideas. Unfortunately, it took a long time to implement all these plans. Even following the establishment of the federal government's cost sharing Hospital Insurance program which was adopted by the province in 1959 and provided the costs for hospital care, the plans for regionalization of hospital services still appeared to be at a stalemate. The Equal Opportunity Program, which made the Department of Health responsible for distributing funds among provincial hospitals, promoted a study of health facilities in New Brunswick in 1970. The study was highly critical of the system of hospital services which had developed in the province:

> Previous lack of overall coordinated planning has resulted in most communities having their own hospital. While this might appear to accort with the policy of equal opportunity . . . it must be emphasized that parity of access to hospital buildings does not necessarily equate with parity of access to hospital services of high quality . . . provision of numerous small hospitals can delete the quality of care considerably.[84]

The study concluded that for reasons of both quality and economy, hospital services should be concentrated and coordinated within the framework of a regional program, with specialized services grouped together in one place. Under the system in use in 1970, New Brunswick had thirty-eight hospitals with varying standards in the quality of care. Hospitals were too widely scattered and many were too small to provide efficient service. The 1970 study suggested more integration through regional development based on five regions with hospitals at regional, district, and community levels.

Under the medicare program which New Brunswick joined in 1971, the federal government initially matched any increases in provincial expenditures on hospital and medical care, contributing 75% to medicare services. By 1977 the federal government had imposed restraints in its cost sharing provision for hospital services, reducing its contribution to approximately 50%.[85] To help maintain higher quality standards and to alleviate additional expenditures, hospital user fees were suggested and recently implemented in the province. More emphasis needed to be placed on operational efficiency particularly since of the 34 general hospitals in New Brunswick in 1978, only 8 had more than 200 beds, 13 had between 50 and 199, and the remaining 13 had less than 50 beds.[86] By 1978 a six region plan was proposed for the province in which hospitals would be divided into regional, district and community facilities. The aim was to develop a regionally based service to promote equity in the availability of and access to services for the residents of each area. Hospitals in New Brunswick thus evolved from simple, independent facilities with specialized needs, into a complex network of integrated services. Between 1950 and 1984, hospitals came into more popular, widespread use and became highly technological organizations with the introduction of modern new equipment such as cat scans and the development of new branches such as nuclear medicine.

Professionals

A major development in New Brunswick nursing was the movement away from hospital training schools toward a university degree program. The *Wright Report*, conducted in 1951, examined provincial nursing conditions. The study found that there were 14 schools of nursing maintained by general hospitals ranging from 47 to 500 beds.[87] Too much responsibility was being placed on student nurses to service the hospital, and many institutions were not meeting established Canadian standards of care.

More emphasis needed to be placed on the quantity and quality of nurses, and the *Wright Report* recommended the establishment of a school of nursing at the University of New Brunswick which would provide a centralized teaching program supplemented with clinical work. A further study conducted in 1956, the *Russel Report*, emphasized these same ideas and laid the foundations for U.N.B.'s Bachelor of Nursing program. Improving the standards of nursing education would naturally improve the quality of nursing service. It was hoped that a higher profile for nurses could be established, with increased recognition that nurses are the "final agents" of health service due to direct, individual and lasting contact with patients.[88] and by encouraging nurses to keep pace with advances in medicine.

In 1958 a grant from the W. K. Kellogg Foundation enabled the University of New Brunswick to establish a school of nursing in 1959 with a four year Bachelor of Nursing degree program. Six years later a school of nursing for French-speaking students was established at the University of Moncton. Since that time, many hospital training schools in the province have slowly been phased out, and nursing has developed into a professionally trained service.

Following the Second World War rapid advances in scientific knowledge produced major technological changes in the health care system, increasing the need for expensive equipment which led to a steady rise in hospital costs. Modern hospitals became the centre of high-technology medicine which created new branches such as microsurgery and nuclear medicine. The pressures of new knowledge required highly trained and specialized staff, forcing specialization of functions and increased division of labour. To keep pace with these rpaid changes, specialization among both doctors and nurses increased rapidly after 1950, with division into specialized fields such as orthopedics, paediatrics, or internal medicine. This resulted in the development of interdependent facilities within one large, complex system. The increasing expansion and complexity of medical care resulted in a major restructuring of the doctor-patient relationship. Today, few doctors are willing to make housecalls, and there is not she same close-knit, personal communication with patients that once existed, due to the creation of large practises. As one New Brunswick doctor who began practising in the 1930's points out, "the soothing hand is often missing, resulting in depersonalized care."[89] The introduction of Medicare brought many benefits by improving access to health services, but some doctors feel that it has made illness a business and has led to extensive abuse by both patients and physicians. Care has become more complex and less personalized by treating the patient like a consumer. With rapid technological changes revolutionizing health care, a patient sometimes wonders whether his doctor is a man or machine.[90]

Despite some negative aspects such as the depersonalization of treatment, health care in New Brunswick has seen many advances in 200 years of history. Initially the system was very haphazard with no scientific standards. Some received proper treatment and facilities while others did not. Due to increased interest in public health resulting from advances in knowledge and more financial input by the federal and provincial governments, health care in New Brunswick has evolved into a universal public system in which all individuals have equal access to care. A diverse range of services is now available within an integrated system of health care.

Suggested Readings

There is a lack of adequate secondary material on New Brunswick health care. Dr. W. Brenton Stewart's *Medicine in New Brunswick* (Moncton, 1974), is useful as background reading. Although the author tends to rely too heavily on anecdotes, the book does provide a good general history. The article "The Development of Public Health in New Brunswick", published by Dr. William Warwick in the April, 1935 edition of the *Canadian Public Health Journal*, also is useful background material. Dr. R. W. Tooley's article "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979", contains much valuable information.

Journals of the House of Assembly of New Brunswick often contain relevant information on provincial health matters, particularly prior to the creation of the provincial Department of Health in 1918. The most valuable sources for New Brunswick Health Information since 1918 are the*Annual Reports* of the Department of Health.

John Hall's "Report on a Sanitary Survey of the Province of New Brunswick with a plan for a Provincial Department of Health" (Fredericton, 1917), available in the Legislative Library, is an important document to consult. Hall's Report details many of the health problems existing in New Brunswick in the early twentieth century, and provides the model used by the provincial government to establish a Department of Health. In 1950 a provincial health committee conducted an extensive survey of health care in New Brunswick, and *The Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee*, published in 1951, is a valuable source of information, as is the *Extension to 1954 of the New Brunswick Health Survey Report of 1951*. Another important account may be found in the *Report of the Task Force on New Brunswick Health Care*, 1978.

Two articles by James Whalen provide interesting details on New Brunswick's early social welfare system, particularly the first article, "Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900", which is published in *Acadiensis*, Volume 2, # 1, 1972. "The Nineteenth Century Almshouse System in Saint John County" (*Social History*, 1971) is also useful background reading.

The two main sources of information on nursing in New Brunswick are Edith Kathleen Russel's *Report of a Study of Nursing Education in New Brunswick* (Fredericton, 1956), and Katherine McLaggan, *Portrait of Nursing: A Plan for the Education of Nurses in the Province of New Brunswick* (1965).

Developing trends in hospital services are well documented in the 1950 government publication *Report on the Hospitals of New Brunswick with Recommendations*, and in the controversial Llewelyn-Davis 1970 *Study of Health Facilities in the Province of New Brunswick*.

The development of mental health in New Brunswick is fairly well documented. The early annual reports of the Provincial Lunatic Asylum are found in the appendix to the New Brunswick *Journals of the Legislative Assembly*. Dr. A. F. Chaisson's article "Mental Health in New Brunswick", found in the *Maxwell Papers* in the Harriet Irving Library Archives, is an important source of background information up to 1948. Also worthy of special note is *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, Volumes 1 and 4, edited by Henry Hurd, (New York: Arno, 1973). The book was first published in 1916, and therefore provides only limited information. A particularly useful source is Daniel Francis' article "The Development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces", found in S. E. Shortt ed. *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives*, (Montreal, 1981).

The Department of National Health and Welfare has published a number of reports on mental health services in Canada, which are useful for establishing general trends in mental health care. Since 1960, the New Brunswick government has published several documents on mental health such as the Travis-Cushing *Report of Study Committee on Mental Health Services in the Province of New Brunswick* (1968), and Dr. Janet Stoppard, *Mental Health Needs in Regions, 1, 2, and 3: Report on a Key Informant's Study*, 1980.

It is useful to consult general reference sources on Canadian medicine. John Hagerty's two books *Four Centuries of Medical History in Canada* (Toronto, 1928), and *The Romance of Medicine in Canada* (Toronto, 1948), provide good general histories. Also useful to consult are *The Canadian Health System* by Lee Soderstrom (London, 1978); David Coburn et al, *Health and Canadian Society* (Fitzhenry, 1981); and Carl Meilicke, *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends* (Michigan, 1980).

Notes

1. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton: Moncton Publishing Company, 1974), pp. 1-3, 21-27.
2. Canadian Nurses Association, *The Leaf and the Lamp* (Ottawa: Canadian Nurses Association, 1968), p. 47.
3. John Hagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada* (Toronto: Macmillan, 1928), Volume 1, p. 362.
4. Doreen Menzies Arbuckle, *The Northwest Miramichi. A History of the Locality* (Ottawa, Westobra Printers), p. 145.
5. Dr. William Warwick, "The Development of public Health in New Brunswick" in *Canadian Public health Journal* (April, 1935), p. 168.
6. *New Brunswick Magazine.*
7. Dr. William Warwick, "The Development of Public Health in New Brunswick" in *Canadian Public Health Journal* (April, 1935), p. 172.
8. James Whalen, "Social Welfare in New Brunswick 1784-1900" in *Acadiensis* (Volume 2, # 1, 1972), p. 172.
9. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton: Moncton publishing Company, 1974), p. 79.
10. New Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee, 1951*, p. 54.
11. *Ibid.*
12. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton, 1974), p. 83.
13. Geoffrey Bilson, "The Cholera Epidemic in Saint John, New Brunswick, 1854" in *Acadiensis*, Volume 4, # 1, 1974, p. 104.
14. Doreen Menzies Arbuckle, *The Northwest Miramichi. A History of the Locality* (Ottawa: Westbora Printers), p. 149.
15. John Hagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada* (Toronto: Macmillan, 1928), p. 51.
16. John Murray Gibbon, *Three Centuries of Canadian Nursing* (Toronto: Macmillan, 1947).
17. Dr. Everett Chalmers, "Medical History of Fredericton", a Talk given to the York-Sunbury Historical Society (March 20, 1980).
18. Doreen Menzies Arbuckle, *The Northwest Miramichi. A History of the Locality* (Ottawa: Westbora Printers), p. 144.
19. Dr. William Bayard, "An Address delivered at the opening of the training school for nurses at the General Public Hospital in Saint John" (October 4, 1888, Microfiche C.I.H.M. 05979), p. 5-6.
20. *Ibid.*, p. 6.
21. Diary of Elizabeth Innes, as cited in John Murray Gibbon, *Three Centuries of Canadian Nursing* (Toronto: Macmillan, 1947), p. 68.
22. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton: Moncton Publishing Company, 1974), p. 40.
23. Quoted in Henry Hurd ed. *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, Volume 1 (New York: Arno Press, 1973, Rev. ed.).
24. James Whalen, "Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900" in *Acadiensis*, Volume 2, # 1, 1972.
25. Daniel Francis, "The Development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces", in Samuel E.D. Shortt ed. *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives* (Montreal: McGill-Queens University Press, 1981), p. 93.
26. Quoted by Dr. John Waddell, *Ibid.*, p. 105.
27. Appendix, *Journals of House of Assembly of New Brunswick*, 1850.
28. Geoffrey Bilson, "The Cholera Epidemic in Saint John, New Brunswick, 1854" in *Acadiensis*, Volume 4, # 1, 1974.
29. Dr. William Bayard, *History of the General Public Hospital in the City of Saint John, New Brunswick*, 1896.
30. W. Austin Squires, *History of Fredericton: The Last 200 Years* (Fredericton: Centennial Print and Litho, 1980).
31. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton: Moncton Publishing Company, 1974), p. 14.
32. David Coburn et al edited, *Health and Canadian Society (Toronto: Fitzhenry, 1981), p. 17.*
33. *New Brunswick, Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee, 1951*, p. 81.
34. Canadian Nurses Association, *The Leaf and the Lamp* (Ottawa: Canadian Nurses Association, 1968), p. 47.
35. Dr. William Bayard, "An Address delivered at the opening of the training school for nurses at the General Public Hospital in Saint John, New Brunswick" (October 4, 1888, Microfiche C.I.H.M. 05979), p. 5.
36. *The Leaf and the Lamp*, p. 47.
37. Canada, Department of National Health and Welfare, *Mental Health Services in Canada* (Ottawa: 1954), p. 19.
38. Henry Hurd ed. *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, Volume 4 (New York: Arno Press, 1973), p. 60.
39. New Brunswick, *Mental Hygiene Survey of the Province of New Brunswick*, 1920.
40. Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians* (Ottawa: 1974), p. 43.
41. Bill Smith, "Manning the Ship of Health: The Creation of the New Brunswick Department of Health" (Fredericton: University of New Brunswick History Department, unpublished essay, 1981), p. 6.
42. J. Russell, "Bath-taking difficulties in Saint John over 100 Years Ago" in *Maritime Advocate*, Volume 46, 1955.
43. Laurie Corbett, "History of Water System" (Fredericton: City Hall, 1983).
44. Public Health Act 1887, 50 Victoria C3, *Acts New Brunswick 1885-1887.*
45. Quoted in Bill Smith, "Manning the Ship of Health", p. 1.
46. Dr. William Bayard, "Annual Report Provincial Board of Health", in *Journals of House of Assembly New Brunswick*, 1888.
47. Dr. William Warwick, "The Development of Public Health in New Brunswick", in *Canadian Public Health Journal* (April, 1935), p. 173.
48. Bill Smith, "Manning the Ship of Health", p. 4.
49. Robert Craig Brown and Ramsay Cook, *Canada 1896-1921. A Nation Transformed*, p. 295.
50. New Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee, 1951*, p. 177.
51. Bill Smith, "Manning the Ship of Health", p. 15.
52. *Ibid.*, p. 18.
53. John Hall, "Report on a Sanitary Survey of the Province of New Brunswick with a plan for a provincial Department of Health" (Fredericton, 1917).
54. *Acts New Brunswick 1917-18* C38 George V, 1918, p. 211.
55. Charles Ferris, "The New Brunswick Elections of 1917", M.A. Thesis (Fredericton: University of New Brunswick, 1974).
56. New Brunswick, Department of health *Annual Report*, 1922, p. 20.
57. *Ibid.*, 1984, p. 114.
58. Dr. R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979".

59. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1930, p. 21.
60. Dr. R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979", p. 8.
61. *Ibid.*
62. Quoted in W. Brenton Stewart, p. 121.
63. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1935.
64. Dr. William Warwick, "The Development of Public Health in New Brunswick" in *Canadian Public Health Journal*, April, 1935, p. 175.
65. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1964.
66. Dr. R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979"
67. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton: Moncton Publishing Company, 1974), p. 121.
68. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report* 1960, p. 23.
69. New Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951.*
70. *Ibid.*, p. 57.
71. Dr. Everett Chalmers, "Medical History of Fredericton", a talk given to the York-Sunbury Historical Society, March 20, 1980.
72. New Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951.*
73. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1922.
74. A. F. Chaisson, "Mental Health in New Brunswick" in *Maxwell Papers*, Harriet Irving Archives, 1948, p. 5.
75. New Brunswick, *Report of Royal Commission Inquiry, The Provincial Hospital, Saint John, N.B.*, 1945.
76. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1949.
77. New Brunswick, *Extension to 1954 of the New Brunswick Health Survey Report of 1951.*
78. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1965.
79. ----*Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951.*
80. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1972, p. 59.
81. Louis J. Robichaud, *A Programme for Equal Opportunity*, November, 1965, p. 7.
82. New Brunswick, Department of Health, *Annual Report*, 1967, p. 238.
83. New Brunswick, *Report of the Task Force of New Brunswick Health Care*, 1978.
84. New Brunswick, *Study of Health Facilities in the Province of New Brunswick*, (Ottawa: Llewelyn-Davies, 1970), p. 1.
85. Brenda Robertson, *Remarks by Honourable Brenda Robertson, Minister of Health to N.B. Legislature*, April 6, 1979, p. 43.
86. New Brunswick, *Report of the Task Force on New Brunswick Health Care*, 1978.
87. New Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951*, p. 106.
88. Edith Kathleen Russel, *The Report of a Study of Nursing Education in New Brunswick*, (Fredericton: K. and W. Enterprises, 1956.
89. Dr. Everett Chalmers, "Medical History of Fredericton", a talk given to the York-County Historical Society, March 20, 1980.
90. *Ibid.*

Bibliography

Acadiensis. Volume 4 number 1, 1974.

Agnew, Harvey. *Canadian Hospitals, 1920 to 1970*. Toronto, University of Toronto Press, 1974.

Annual Reports of the Provincial Lunatic Asylum, 1849-1900 in Appendix to *Journals of the House of Assembly of New Brunswick*.

Arbuckle, Doreen Menzies. *The Northwest Miramichi. A History of the Locality*. Ottawa: Westbora Printers.

Atlantic Advocate. Volume XLVII, 1958.

Bayard, William. "An Address delivered at the opening of the training school for nurses at the General Public Hospital in Saint John." October 4, 1888. Microfiche C.I.H.M. 05979.

_____. *History of the General Public Hospital in the City of Saint John, New Brunswick*. 1896.

Bilson, Geoffrey. "The Cholera Epidemic in Saint John, New Brunswick, 1854," in *Acadiensis* Volume 4 number 1, 1974.

Blishen, Bernard. *Doctors and Doctrines: The Ideology in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 1969.

Bullough, Vern. *The Care of the Sick: The Emergence of Modern Nursing*. London: Croom Helm, 1979.

Busy East. Volume 21, July 1931.

Canada. Department of National Health and Welfare. *Mental Health Services in Canada*. Ottawa, 1954.

Canada. Department of National Health and Welfare. *Questions and Answers. The Federal Medical Care Program*. Ottawa, 1971.

Canada. Department of National Health and Welfare. *Statement on Indian Health Policy*. Ottawa: September 19, 1979.

Canada. *Report of the National Health Survey*. Ottawa, 1945.

Canada. *Royal Commission on Health Services* Volume 1, 1964.

Canadian Nurses Association. *The Leaf and the Lamp*. Ottawa: Canadian Nurses Association, 1968.

Canadian Public Health Association. *Report of the Study Committee on Public Health Practice in Canada*.

Canadian Public Health Journal, April 1935.

Cassidy, Harry. *Public Health and Welfare Organization in Canada*. Toronto: Ryerson Press, 1945.

Chaisson, A.F. "Mental Health in New Brunswick," in *Maxwell Papers*, Harriet Irving Archives, 1948.

Chalmers, Dr. Everett. "Medical History of Fredericton." A talk given to the York-County Historical Society, March 20, 1980.

Coburn, David et al. ed. *Health and Canadian Society*. Toronto: Fitzhenry, 1981.

Coburn, Judi. "I See and am Silent: A Short History of Nursing in Ontario, 1850-1930," in Coburn, David et al. edited, *Health and Canadian Society*. Toronto: Fitzhenry, 1981.

Corbett, Laurie. "History of Water System" (Fredericton: City Hall, 1983).

Deloughery, Grace. *History and Trends of Professional Nursing*. 8th edition. Saint Louis: Mosby, 1977.

Ferris, Charles, "The New Brunswick Elections of 1917. M.A. Thesis, Fredericton: University of New Brunswick, 1974.

Francis, Daniel. "The Development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces," in Samuel E.D. Shortt edited, *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives*. Montreal: McGill-Queens University Press, 1981.

Gibbon, A. Douglas. "Modern Medicine Men," in *Atlantic Advocate* June 1958.

_____. "The Kent Marine Hospital," in *Collections of the New Brunswick Historical Society*, 1955.

Gibbon, John Murray. *The Victorian Order of Nurses for Canada: Fiftieth Anniversary, 1897-1947*. Montreal: Southern Press, 1947.

_____. *Three Centuries of Canadian Nursing*. Toronto: Macmillan, 1947.

Hall, John. "Report of a Sanitary Survey of the Province of New Brunswick with a plan for a Provincial Department of Health." Fredericton, Legislative Library, 1917.

Hanscome, A.V. *History of Saint John General Hospital and School of Nursing*. Saint John, Lingley Press, 1955.

Harper, J. Russell. "Bath-taking difficulties in Saint John over 100 Years Ago," in *The Maritime Advocate and Busy East*. Volume 46, 1955.

Heagerty, John. *Four Centuries of Medical History in Canada*. 2 volumes. Toronto: Macmillan, 1928.

_____. *The Romance of Medicine in Canada*. Toronto: Ryerson Press, 1940.

Hurd, Henry ed. *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*. Volumes 1 and 4. New York, Arno Press, 1973. Rev. ed.

Jack, Donald. *Rouges, Rebels and Geniuses: The Story of Canadian Medicine*. Toronto: Doubleday, 1981.

Journals of the House of Assembly of New Brunswick, 1847-1917.

Lalonde, Marc. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: 1974.

Larson, Hans and William Y. Smith. *The Economy of the Maritime Provinces and Its Problems*. Fredericton: University of New Brunswick, Economics Department, 1979.

Lawrence, Joseph. "The Medical Men of Saint John in its First Half Century," in *New Brunswick Historical Society Collection* Volume 1 #3.

MacDermot, H.E. *One Hundred Years of Medicine in Canada, 1867-1967*. Toronto: McClelland and Stewart, 1967.

Maritime Advocate and Busy East. Sackville, 1955.

McLaggan, Katherine. *Portrait of Nursing: A Plan for the Education of Nurses in the Province of New Brunswick*. Fredericton: New Brunswick Association of Registered Nurses, 1965.

McMaster, A.J. "The Training School for Nurses," in *Busy East* Volume 21, 1931.

McPhedron, Margaret et al. *Reflections: Nursing Education at U.N.B. 1958-1983*.

Meilicke, Carl and Janet Starch edited. *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends*. Michigan: Health Administration Press, 1980.

New Brunswick. *Cooperative Efforts in Mental Health Planning in Southern New Brunswick. Technical Report #4*, 1981.

New Brunswick. Department of Health. *Annual Report*, 1918-1983.

_____. *Report on Mental Health Services, Province of New Brunswick*, 1979.

New Brunswick. *Directory of Mental Health Services in Southern New Brunswick*, April 1981.

_____. *Extension to 1954 of the New Brunswick Health Survey Report of 1951*, 1954.

_____. *Mental Hygiene Survey of the Province of New Brunswick*, 1920.

_____. *Medicare, Public Health Services and Maritime Union*. M.D.T. Associates, 1970.

_____. *Mental Health Report 1978 for the Health Services Advisory Council* ,1978.

_____. *Observations and Comments of the Government of the Province of New Brunswick on the report of the Health Survey Committee*, 1951.

_____. *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee*, 1951.

_____. *Remarks by the Honourable Brenda Robertson, Minister of Health to the New Brunswick Legislature*, April 6, 1979.

_____. *Report of Royal Commission Inquiry. The Provincial Hospital, Saint John, N.B.* 1945.

_____. *Report of Study Committee on Mental Health Services In The Province of New Brunswick*, March, 1968.

_____. *Report of the Southern New Brunswick Mental Health Planning Committee, March 1, 1982.*

_____. *Report of the Task Force on New Brunswick Health Care*. January, 1978.

_____. *Report on the Hospitals of New Brunswick with recommendations*, 1950.

_____. *Resource Allocation Committee: Final Report on a New Method for Distributing Hospital Services Funds Among Regions and Hospitals*. October, 1979.

_____. *Study of Health Facilities in the Province of New Brunswick*. Ottawa: Llewelyn-Davies, April 1970.

_____. White Paper on the Responsibilities of Government, 1965.

_____. *White Paper on Social Development and Social Welfare*, 1970.

Physicians Panel on Canadian Medical History. Schering, 1967.

Puddington, Dr. B.A. "The History of Medicine and Surgery in Grand Falls," in *Collections of the New Brunswick Historical Society*. Saint John: Lingley Printing, 1961.

Robertson, H. Rocke. *Background Study for the Science Council of Canada Health Care in Canada: A Commentary*. Ottawa: Information Canada, 1973.

Robichaud, Honourable Louis J. *A Programme for Equal Opportunity*. November, 1965.

Russel, Edith Kathleen. *The Report of a Study of Nursing Education in New Brunswick*. Fredericton: K and W Enterprises, 1956.

Searle, Eva. *100 Years More or Less*. Fredericton: Radio Atlantic, 1972.

Shortt, Samuel. *Medicine In Canadian Society: Historical Perspectives*. Montreal: McGill-Queen's University Press, 1981.

Smith, Bill. "Manning the Ship of Health: The Creation of the New Brunswick Department of Health." University of New Brunswick History Department, 1981.

Soderstrom, Lee. *The Canadian Health System*. London: Croom Helm, 1978.

Squires. W. Austen. *History of Fredericton: The Last 200 Years*. Fredericton: Centennial Print and Litho., 1980.

Stoppard, Janet. *Mental Health Needs in Regions 1, 2, and 3: Report on a Key Informants Study*. 1980.

Stanley, Della. *Louis Robichaud: A Decade of Power*. 1984.

Stewart, W. Brenton. *Medicine in New Brunswick*. Moncton: Moncton Publishing Company, 1974.

Tooley, Dr. R.W. "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979." (Unpublished Essay)

Torrance, George. "Hospitals as Health Factories," in Coburn et al. edited. *Health and Canadian Society*. Toronto: Fitzhenry, 1981.

Warwick, Dr. William. "The Development of Public Health in New Brunswick," in *Canadian Public Health Journal*, April, 1935.

Watson, Bernard. *A Hundred Years War: The Salvation Army 1865-1965*. London: Hadder, 1964.

Webster, John Clarence. *Those Crowded Years 1863-1944*. Shediac, 1944.

Whalen, James. "Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900" in *Acadiensis* Volume 2 #1, 1972.

_____. "The Nineteenth Century Almshouse System in Saint John County," in *Social History*, 1971.

Wilkins, Russel. *Health Status in Canada, 1926-1976*. Montreal: Institute for Research on Public Policy, 1979.

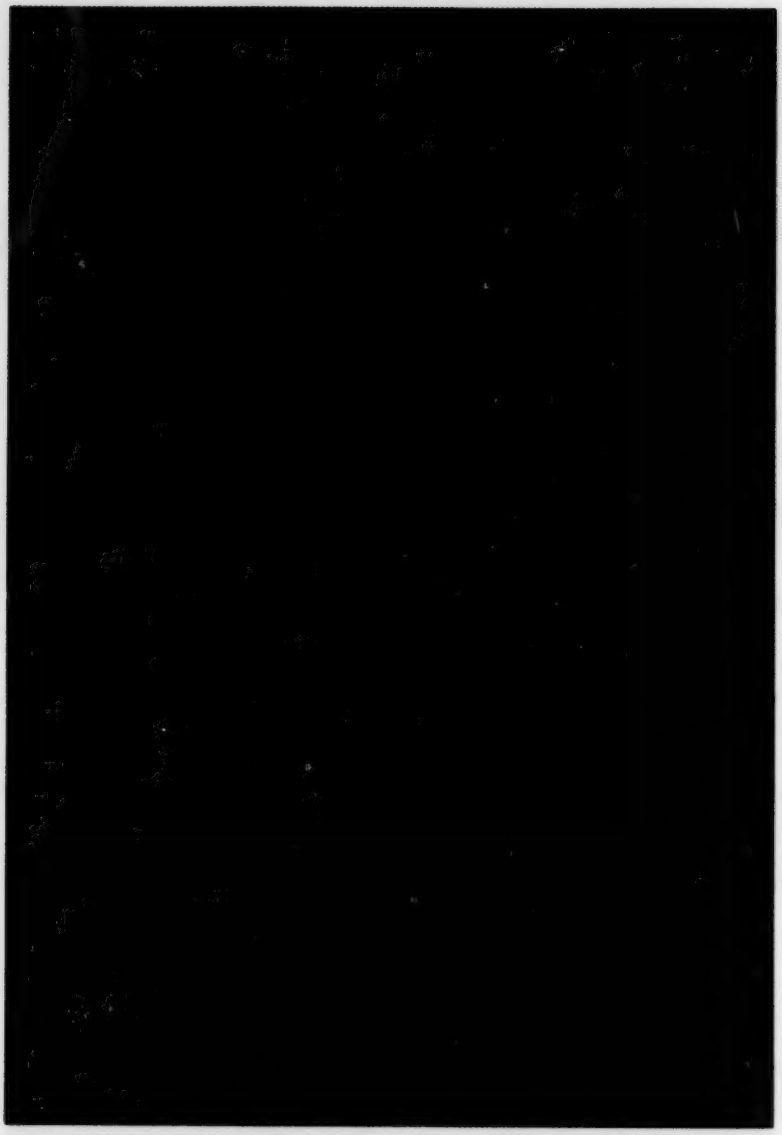
Wright, Alice Lilian. *A Survey of Nursing Needs and Resources for the Province of New Brunswick*, 1950.

Les Soins de Santé au Nouveau-Brunswick

1784~1984

SANTÉ NOUVEAU-BRUNSWICK
HEALTH NEW BRUNSWICK

1784-1984



DR. WILLIAM F. ROBERTS
PREMIER MINISTRE DE LA SANTÉ DANS L'EMPIRE BRITTANIQUE

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Préface 1

Remerciements 1

Introduction 2

De la société coloniale jusqu'à 1865 3

L'évolution de la médecine organisée, 1865-1918 6

L'émergence de l'état-providence, 1919-1948 10

La mise sur pied d'un système public universel de soins de santé, 1948-1984 ... 13

Lectures proposées 19

Notes 20

Bibliographie 22

Préface

Ce rapport a été préparé pour le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, à partir de recherches effectuées par Deborah Bulmer, Kristen Godwin, Jane Hammond, Susan Reed, Linda-Ann Sturgeon et Robert Watson. C'est Linda-Ann Sturgeon qui s'est chargée de la rédaction et le projet a été coordonné par Robert Watson.

Remerciements

Le Projet de recherche historique sur Fredericton dans le cadre du Bicentenaire a produit ce rapport à l'aide d'une subvention du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick et du ministère fédéral de l'Emploi et de l'Immigration, dans le cadre du Programme d'emploi pour étudiants Été Canada. Le travail a été supervisé par le président du Département d'histoire de l'Université du Nouveau-Brunswick, Peter C. Kent, et par le coordonnateur de projet, Robert Watson.

Nous tenons à remercier spécialement le Dr R.W. Tooley, directeur (à la retraite) des Services d'hygiène au travail de La Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail Nouveau-Brunswick, pour ses précieuses suggestions et pour son essai sur l'hygiène publique; et W.Y. Smith Jr., qui nous a donné la permission d'utiliser son essai sur le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. Les conseils des professeurs T.W. Acheson, E.R. Forbes et David Frank, du Département d'histoire de l'Université du Nouveau-Brunswick, se sont également révélés fort utiles.

INTRODUCTION

Au Nouveau-Brunswick, les soins de santé font partie intégrante de l'histoire de la province. Au début de la période coloniale, on considérait que les besoins de santé étaient une préoccupation entièrement locale, et chaque collectivité fournissait des services médicaux de base. L'intérêt en matière de santé publique variait beaucoup d'une collectivité à l'autre, et par conséquent, il n'y avait pas de normes pour les soins de santé. Les principaux problèmes d'hygiène publique au cours de la période précédant la Confédération provenaient d'épidémies récurrentes de choléra et de typhus provoquées par les grandes vagues d'immigration dans la province. Les premières lois sur l'hygiène publique du Nouveau-Brunswick étaient conçues pour protéger les ports maritimes de ces maladies contagieuses, l'accent étant mis sur le contrôle plutôt que sur le traitement.

Après la Confédération, la province a commencé à assumer de plus grandes responsabilités financières en matière de santé, ce qui a encouragé l'adoption de mesures de santé communautaires ordonnées, par exemple l'installation de systèmes d'égout et d'aqueduc, et on a mis davantage l'accent sur les mesures préventives et le traitement actif. Dès 1918, les soins de santé s'étaient érigés en un système organisé et coordonné, dirigé par un ministère provincial de la Santé. Après la Première Guerre mondiale, on a assisté à une expansion rapide des services de santé offerts par les autorités fédérales et provinciales. Tandis que le Nouveau-Brunswick jouait un rôle sans cesse plus important dans la prestation des soins de santé, la demande accrue de services et de programmes a créé un lourd fardeau financier pour toutes les provinces. Par conséquent, le gouvernement fédéral a adopté des programmes d'aide financière pour permettre aux provinces d'accroître leurs services de santé. Grâce à cette aide financière, le réseau des soins de santé du Nouveau-Brunswick a connu une croissance rapide après 1950, et a su se tenir à la fine pointe des innovations technologiques dans le domaine. Lorsque le Canada est entré en période de récession économique dans les années 70, les coûts élevés d'un programme aussi complet de soins de santé ont entraîné des problèmes pour le Nouveau-Brunswick. Pour faire face aux coupures dans les dépenses, on a dû accorder plus d'importance à la régionalisation et à l'intégration des services de santé, afin de rationaliser les coûts d'un système universel. Ainsi, ce qui avait été conçu comme un système de santé simple et très peu structuré il y a 200 ans s'était transformé en une organisation publique complexe et polyvalente.

CHAPÎTRE I

De la société coloniale jusqu'à 1865

Au Nouveau-Brunswick, la médecine se pratiquait déjà avant l'arrivée des premiers Européens. Même avant la venue du premier chirurgien français avec l'expédition DeMonts-Champlain de 1604, les indiens Algonquins, Micmac et Malécites pratiquaient leur propre forme de médecine, qui combinait la magie à des méthodes plus pratiques de traitement. Les Indiens croyaient que de nombreuses maladies étaient causées par les mauvais esprits. Le sorcier les guérissait grâce à des procédés magiques, des chants, des danses et des prières, lors de cérémonies rituelles élaborées. Il était également herboriste et administrait des potions préparées par ses soins. Parmi les plus efficaces, on retrouvait une infusion faite d'écorce d'épinette broyée que même les explorateurs français ont utilisé pour traiter le scorbut. On ne doit cependant pas oublier que de nombreuses pratiques indiennes, même si elles étaient teintés de superstition et de magie, n'en ont pas moins permis aux tribus de découvrir certaines techniques avancées. Les Indiens connaissaient l'importance des éclisses pour immobiliser les os fracturés et faisaient des sutures à partir de tendons de chevreuil, pour fermer des blessures.[1] Avec l'arrivée des Français, des techniques chirurgicales primitives ont été introduites dans la colonie par les chirurgiens de la marine française.

Les premiers villages acadiens et britanniques de la province étaient assez dispersés. La colonisation sur une grande échelle n'a pas commencé avant l'arrivée des Loyalistes de l'Empire britannique, en 1783, et de la création du Nouveau-Brunswick en tant que province séparée, en 1784. Au cours de cette période, la population du Nouveau-Brunswick était assez peu dense. Les principales occupations étaient l'agriculture et l'exploitation forestière, ce qui a amené une concentration démographique dans les régions rurales. Cette concentration a à son tour créé des problèmes d'isolement dans des conditions primitives. Un certain nombre de centres urbains ont commencé à voir le jour, en même temps que de nouveaux problèmes de santé, liés notamment aux populations transitoires, à l'encombrement et à la maladie. Par conséquent, les services médicaux ont connu une évolution inégale au sein de la province. Pendant que les collectivités plus grandes étaient en mesure de s'organiser jusqu'à un certain point, les régions rurales plus pauvres ne disposaient pas des fonds nécessaires pour offrir des installations adéquates.[2]

Santé publique

La notion de santé publique était très vague au début de la période coloniale. L'on ne connaissait rien des germes ni de l'origine des maladies; par conséquent, les services de santé publique étaient très primitifs et consistaient principalement à répondre aux urgences, plutôt qu'à adopter des mesures préventives.[3]

Le contrôle de la propagation des maladies contagieuses était le thème dominant de la santé publique au Nouveau-Brunswick à cette époque. L'accroissement des contacts avec les Îles britanniques, la Nouvelle-Angleterre et d'autres pays, grâce à l'expansion de l'industrie maritime, a donné lieu à une vague d'immigration dans la province. De nombreux immigrants ont amené avec eux des maladies épidémiques comme le typhus, le choléra et la variole. À mesure que les villages prenaient de l'expansion, que des chemins s'ouvraient ou que des écoles se construisaient, les gens pouvaient circuler plus librement, ce qui a entraîné la diffusion rapide de maladies infectieuses dans toute la province, à partir des ports de mer.[4] Les problèmes d'hygiène constituaient l'une des principales causes des maladies et des épidémies au cours de cette période. Il n'y avait pas d'aqueducs ni de systèmes d'égout pendant cette première partie de la période coloniale. L'eau de consommation domestique était amenée par des puits privés, généralement creusés devant ou derrière les résidences. Des toilettes extérieures étaient souvent construites près des puits, ce qui contaminait les réserves d'eau. Les égouts n'existaient pas encore, et les ordures étaient jetées dans les rues ou dans les rivières avoisinantes. On ne savait tout simplement pas que ce manque de salubrité favorisait la reproduction des germes qui causaient les maladies et contribuait aussi à leur propagation. Plutôt que de prendre des mesures préventives éfficaces, par exemple en améliorant les systèmes d'égout et d'aqueduc, on s'attachait davantage à contenir les maladies pour qu'elles ne puissent se répandre davantage. Cependant, sans amélioration des conditions d'hygiène générale, les méthodes de quarantaine ne pouvaient pas se révéler vraiment efficaces.

Étant donné sa taille et sa situation de principal point d'entrée des immigrants, la ville de Saint-Jean a été la première à adopter une législation en matière d'hygiène. La première loi d'hygiène publique a été adoptée par l'assemblée législative coloniale en 1796, pour empêcher la pénétration des maladies infectieuses dans la ville de Saint-Jean.[5] Cette loi concernait particulièrement l'épidémie de variole qui avait sévi en Nouvelle-Angleterre entre 1788 et 1792 et avait pour objet d'imposer une quarantaine maritime pour empêcher que la maladie se propage à Saint-Jean. Par "quarantaine maritime", on entendait que tous les passagers des navires arrivant dans le port devraient faire l'objet d'un examen qui déterminerait s'ils étaient porteurs d'une maladie épidémique. Pour empêcher la propagation de ces maladies, les malades devaient être mis en quarantaine. Dès 1799, cette loi avait été élargie à toute la province.

Les premiers cas de typhus, maladie caractérisée par une forte fièvre et des éruptions cutanées, sont apparus dans la vallée de la Miramichi avec l'arrivée des immigrants irlandais en 1827. À l'époque, on ne savait pas que le typhus était transmis par les poux de l'homme. Par conséquent, on ne comprenait pas que le confinement des malades dans des maisons de quarantaine sales et surpeuplées ne faisait que favoriser la maladie.

En 1833, la menace d'une épidémie de choléra asiatique, maladie épidémique infectieuse généralement fatale qui se caractérise principalement par de graves troubles intestinaux, a amené l'assemblée législative du Nouveau-Brunswick à adopter une loi établissant des conseils de la santé dans plusieurs comtés. Ces conseils se composaient de laïques autorisés à imposer la quarantaine. Si les membres du conseil soupçonnaient la pré-

sence d'une maladie épidémique dans leur collectivité, ils avaient le pouvoir d'isoler les malades afin d'empêcher la contagion. La plupart des conseils de la santé, sauf celui de Saint-Jean, étaient des organisations temporaires qui ne se réunissaient qu'en cas d'urgence. Faute de fonds principalement, ils restaient inactifs la plupart du temps. Même si le choléra et le typhus étaient les maladies les plus courantes, il y avait d'autres maladies contagieuses à l'époque, notamment la scarlatine, la diphtérie et la variole.

L'année 1847 a vu l'arrivée d'un grand nombre d'immigrants irlandais qui s'étaient enfuis de leur pays à cause de la famine qui y régnait, et qui étaient atteints de typhus. Les régions de Saint-Jean et de la Miramichi ont été particulièrement touchées par cette épidémie, qui a tué des milliers d'immigrants. Les logements destinés aux malades étaient généralement des maisons sales et surpeuplées réservées à la quarantaine dans les ports même. En vertu de la Loi sur l'assistance publique adoptée au Nouveau-Brunswick en 1786, chaque paroisse était désormais responsable de loger les pauvres de la localité. Par conséquent, il existait de nombreux hospices dans toute la province qui servaient de refuges pour les pauvres. Comme la plupart des immigrants malades étient également pauvres, que les postes de quarantaine étaient surpeuplés et qu'il n'y avait pas d'hôpitaux publics, un grand nombre des malades ont été recueillis dans ces hospices où le typhus s'est rapidement communiqué aux autres résidents.

L'épidémie de choléra la plus grave dans la province a été celle de 1854 à Saint-Jean, dans la vallée de la Miramichi et dans d'autres régions. Comme le choléra est une maladie infectieuse transmise par les bactéries qui prolifèrent dans des réserves d'eau contaminée, l'absence de systèmes publics d'aqueduc dans la province a entraîné sa propagation rapide. Même si une compagnie privée fournissait de l'eau dans certains secteurs de Saint-Jean dès 1832, de nombreux quart' rs comptaient encore des puits et ne disposaient d'aucun système public. Plus de 1 500 habitants sont morts à Saint-Jean seulement.[6] Cette épidémie de choléra a cependant eu des résultats positifs: étant donné l'apparente incapacité du conseil de santé de Saint-Jean de faire face à cette urgence, un conseil plus petit et plus efficace a été réorganisé en 1855 sous la direction du Dr William Bayard, éminent spécialiste de la santé publique au Nouveau-Brunswick. Saint-Jean a également nommé des commissaires des égouts et aqueducs en 1855, afin d'établir des services sanitaires adéquats.[7] L'ère coloniale s'est ainsi terminée sur une importante constatation: l'urgence d'installer de meilleurs systèmes d'égout et d'aqueduc. Mais la situation ne s'est améliorée que lentement, particulièrement dans les régions rurales qui n'avaient pas les fonds nécessaires pour assurer la salubrité publique.

Hôpitaux

Il n'y avait pas d'hôpitaux publics au Nouveau-Brunswick avant 1865. Ce sont les hospices qui servaient à la fois d'hôpitaux pour les malades et de refuges pour les pauvres. Ces institutions en sont venues à recueillir tous les défavorisés, les personnes âgées, les handicapés, les arriérés mentaux et les malades indigents. Il y avait grave surpeuplement, absence de séparation entre les différentes catégories de résidents et peu ou pas de soins médicaux pour les malades. Ces hospices avaient avant tout une fonction de refuge, et n'étaient généralement pas très sécuritaires, puisque les maladies y étaient facilement transmises d'un pensionnaire à l'autre.

Les premiers hôpitaux de la province ont été chargés de répondre à des besoins locaux ou spécialisés. Il y avait des hôpitaux militaires dans diverses régions, notamment Fredericton, mais ils étaient réservés aux régiments locaux. Les hôpitaux maritimes ont compté parmi les premières institutions de santé organisées au Nouveau-Brunswick, et ils offraient des soins médicaux aux marins malades et handicapés. La nécessité d'ouvrir de nouveaux hôpitaux s'est accrue avec l'arrivée rapide des immigrants, puisque la plupart des premiers hôpitaux étaient entièrement consacrés à la quarantaine maritime. En 1822, la province parrainait la construction de l'Hôpital maritime et Maison de pestiférés Kent, à Saint-Jean.[9] En 1847, la Maison de pestiférés a été transférée sur l'Île Partridge, dans le port de Saint-Jean, et réservée aux soins de tous les cas de maladies infectieuses chez les marins. Les conditions sanitaires y étaient déplorables, particulièrement à cause de la contamination des eaux. Pour alléger le problème de la surpopulation, on a dressé des tentes, mais un grand nombre des malades devaient dormir à l'extérieur. Les premiers établissements de soins offraient en général un refuge, mais peu ou pas de soins actifs. Ces premiers hôpitaux maritimes étaient financés à l'aide d'une taxe d'un sous la tonne sur les vaisseaux de 60 tonnes et plus. Il semble que certaines des recettes recueillies à ce titre dans le port de Saint-Jean ont également servi à financer les établissements hospitaliers d'autres comtés.[10]

Une île a été réservée aux cas de quarantaines près de Saint Andrews, dans les années 1840; en 1865, l'île était devenue la principale station de quarantaine de la baie de Passamaquoddy.[11] Plusieurs autres hôpitaux maritimes ont été ouverts dans toute la province pendant la période coloniale, notamment à Saint Andrews (1825), à Dalhousie (1844), à Richibucto (1849), à Buctouche et à Bathurst.[12]

Les épidémies de maladies comme le choléra, le typhus et la lèpre ont nécessité la mise sur pied d'un grand nombre d'établissements temporaires de soins d'urgence. En 1832, le Conseil exécutif réservait une somme de 1 000 livres, à même le trésor provincial, pour couvrir les coûts de l'établissement d'hôpitaux pour le traitement du choléra à Saint-Jean et à Fredericton et dans les comtés de Northumberland et de Charlotte.[13] Un hôpital pour les victimes du typhus a également été ouvert à Saint-Jean en 1848, et un autre dans la vallée de la Miramichi.

La lèpre est une maladie qui provoque des lésions cutanées, la paralysie des nerfs et des mutilations physiques. Sa propagation dans les comtés du nord, Gloucester et Northumberland, a amené la création d'un lazaret, sur l'Île Sheldrake, en 1844. Cette maladie mystérieuse était crainte et mal comprise. Le conseil de la santé locale, remis sur pied pour faire face à cette urgence, était convaincu que la maladie avait une cause bien simple: les gens chauffaient leur maison à l'aide de poêles fermés, qui avaient remplacé les cheminées, et ces poêles créaient un climat tropical dans lequel les infections proliféraient.[14] Les lépreux s'enfuyaient souvent dans la forêt pour éviter d'être isolés au lazaret sous garde armée. En 1849, le lazaret a déménagé à Tracadie, mais on voit bien, d'après cette description de 1861, que les conditions y étaient toujours difficiles:

Les lépreux étaient chassés comme des bêtes sau-

> vagos, tirés de leur cachette, menottés et jetés dans une prison sombre entourée d'un mur de 12 pieds de haut couronné de pointes de fer pour empêcher toute évasion.[15]

Les pouvoirs du conseil de la santé ont été limités et des soins médicaux compétents ont commencé à être administrés lorsque les soeurs infirmières de l'Hôtel-Dieu de Montréal ont pris en main le lazaret de Tracadie en 1868.

À part ces établissements spécialisés, il n'y avait pas d'autres installations pour soigner le public en général, qui était laissé à ses propres ressources ou qui devait recourir aux services du médecin de la localité pour recevoir des soins de santé à la maison.

Personnel médical

Étant donné l'absence d'hôpitaux publics au Nouveau-Brunswick au 19e siècle, la majorité des gens étaient soignés à la maison. Jusqu'au milieu du siècle, les professions infirmières et médicales ont été pratiquement inexistantes au Nouveau-Brunswick. Il n'y avait pas d'écoles de formation des infirmières, mais on retrouvait un grand nombre d'infirmières profanes sans formation; nombre de collectivités avaient leurs propres sages-femmes ou d'autres femmes qui soignaient les malades à l'aide de remèdes traditionnels. Par exemple, elles appliquaient de la graisse d'oie pour traiter les gorges irritées et utilisaient un sirop d'oignons et de mélasse bouillie pour la toux.[16] Parmi d'autres remèdes primitifs, citons la saignée et une dose de mélasse et de soufre administrée traditionnellement au printemps, pour nettoyer le système. On appliquait des cataplasmes de porc salé sur les pieds pour tirer les poisons du corps et le chatouillement à l'aide d'une plume était une méthode courante de provoquer le travail chez les femmes enceintes.[17] À cette époque, les publicités de médicaments brevetés étaient abondantes dans les journaux locaux; on y faisait des promesses extravagantes, ces mixtures devant guérir miraculeusement n'importe quelle maladie, du cancer aux ongles incarnés.[18]

Un grand nombre des premiers médecins du Nouveau-Brunswick étaient des chirurgiens militaires qui s'étaient établis dans les plus grandes collectivités. Les régions rurales n'avaient généralement pas accès aux services des médecins et leurs habitants devaient se fier à des guérisseurs ou se soigner eux-mêmes, avec des médecines traditionnelles. Les principes de base des soins avant la fin du 18e sièce ont été résumés par un médecin européen de renom, selon qui le secret de la médecine, c'était de garder la tête froide, les pieds chauds et les intestins ouverts.[19] Un autre médecin de Londres écrivait en 1784:

> Lorsqu'un patient vient me voir, je le saigne et je le fais suer. S'il décide de mourir quand même, je le laisse aller.[20]

La majorité des premiers médecins du Nouveau-Brunswick avaient étudié à l'étranger, à Londres ou à Édimbourg, et par conséquent, auraient été influencés par ces idées courantes en Europe. Au début du XIXe siècle, on ne savait pas que c'était les bactéries et les virus qui causaient les maladies infectieuses; par conséquent, la pratique de la médecine était très spéculative. Les techniques et les instruments de chirurgie étaient encore très primitifs, et de nombreuses opérations se faisaient à la maison, sans stérilisation, et de façon aléatoire. Ce n'est qu'en 1848 que le premier anesthésique a été utilisé au Canada, ce qui a permis aux chirurgiens de prendre leur temps et de faire des opérations plus soigneuses et plus précises. Avant cela, le rhum de la Jamaïque était un calmant très populaire.

On retrouve dans le journal d'Elizabeth Innes, une infirmière du début du XIXe siècle au Nouveau-Brunswick, une description des conditions qui régnaient à l'époque. Elle y écrit qu'il n'y avait pas d'école de formation pour les infirmières et que celles-ci devaient acquérir leur expérience sur le tas, en posant des questions aux médecins notamment. Les opérations chirurgicales de l'époque se faisaient sans préparation, sans stérilisation, les médecins ne se lavaient pas les mains et travaillaient souvent sur la table de la cuisine. Il n'y avait pas de masques ni de vêtements chirurgicaux et de nombreux patients restaient habillés pendant l'opération. Les médecins opéraient souvent à l'aide d'un couteau de poche, et utilisaient un fil ciré pour les sutures.[21] Il n'est donc pas étonnant de constater que les taux d'infection et de mortalité étaient élevés.

Il y avait des médecins dans toute la province, mais un grand nombre d'entre eux n'avaient pas fait d'études comme telles, ayant plutôt acquis leurs connaissances par apprentissage. On a tenté, en 1816, d'établir certaines normes de soins. Une loi a été adoptée pour exclure les personnes ignorantes et incompétentes de la pratique de la médecine et de la chirurgie.[22] Le lieutenant-gouverneur était autorisé à accorder le droit de pratique à ceux qui pratiquaient depuis au moins sept ans au moment de l'adoption de la loi, et un jury de trois médecins a été nommé pour faire subir des examens à ceux qui demandaient l'autorisation de pratiquer. La loi n'a pas eu le succès escompté, cependant, puisque certains médecins, même s'ils avaient fait des études formelles, ne se sont pas préoccupés de demander une licence.

Au XIXe siècle, au Nouveau-Brunswick, les soins dentaires étaient offerts soit par des médecins qualifiés qui se spécialisaient dans ce domaine, soit par des artisans sans formation. La première école dentaire au monde a été fondée à Baltimore, au Maryland, en 1840. Vers la fin du siècle, un nombre sans cesse croissant de diplômés des écoles dentaires américaines pratiquaient dans la province. Cette tendance s'est accompagnée d'une diminution du nombre de dentistes qui n'avaient pas fait d'études formelles.

Un grand nombre de médecins de l'époque exerçaient plus d'une profession. Il était courant que le médecin soit également apothicaire ou barbier. En dépit de certaines lacunes dans la prestation des soins de santé cependant, la plupart de ces médecins étaient très dévoués, et faisaient des visites à la maison dans un rayon de 40 milles, souvent sans être payés.

Hygiène mentale

Aux débuts de l'histoire coloniale du Nouveau-Brunswick, on savait très peu de choses au sujet de la santé mentale. Ce que l'on pensait à l'époque, c'est que les troubles mentaux étaient incurables ou que la folie était le résultat d'une possession démoniaque ou de la turpitude de la victime. La première loi du Nouveau-Brunswick au sujet de la maladie mentale a été adoptée en 1824; elle autorisait deux juges de paix à émettre un mandat d'arrêt à l'égard de toute personne lunatique ou folle et de la faire enfermer dans un lieu sécuritaire, et, au besoin,

de la faire enchaîner.[23] L'utilisation du terme "lunatique", que l'on jugerait discriminatoire aujourd'hui, et la possibilité "d'enchaîner" les victimes de maladie mentale reflètent ce que l'on savait à ce sujet à l'époque. Ces pouvoirs des juges de paix ont donné lieu à de nombreux abus, faute d'une définition adéquate de la maladie mentale. En vertu de cette loi, la plupart des gens arrêtés étaient logés dans des hospices, puisque chaque comté était responsable des soins aux malades mentaux, et que ces maisons de charité, parallèlement aux prisons locales, étaient les seuls établissements où on pouvait les garder. Certains malades mentaux étaient soignés à la maison, par leur famille, tandis que ceux qui en avaient les moyens étaient soignés à l'étranger, dans des asiles.

Un mouvement humanitaire demandant la réforme du traitement des malades mentaux a été dirigé par le Dr George Peters, qui était le médecin-visiteur de l'hospice et de la prison du comté de Saint-Jean dans les années 1830. Le Dr Peters y trouvait les conditions déplorables: on recourait couramment à la contention physique et les malades mentaux n'étaient séparés d'aucune façon des criminels ou des autres malades. Sur les instances de Peters, des juges de paix de Saint-Jean et d'autres personnes concernées dans les autres régions de la province, l'assemblée provinciale a discuté de la question d'ouvrir un asile d'aliénés permanent. En attendant, la grave surpopulation des établissements du comté nécessitait une action immédiate; c'est ainsi que le Dr Peters a converti le sous-sol d'un petit hôpital en bois pour le traitement du choléra en asile temporaire, en 1836. Il s'agissait du premier asile d'aliénés au Canada. Même si le gouvernement provincial a assumé la plus grande partie de la responsabilité financière de cet établissement jusqu'en 1893, après cette date, les municipalités ont été tenues de verser une taxe de 65 $ par habitant pour le traitement des malades mentaux indigents non dangereux dans leur région.[24] L'hôpital était trop surpeuplé pour qu'on puisse y pratiquer des traitements efficaces; les patients se promenaient librement parmi les autres malades dans les autres ailes de l'hôpital; il s'agissait en fait d'une annexe de l'hospice. Cependant, en dépit de ces lacunes, l'asile temporaire représentait une évolution importante dans le traitement des malades mentaux. Pour la première fois, on reconnaissait qu'il s'agissait bien de malades, et non de criminels, et qu'il fallait les traiter dans des établissements séparés.[25]

En 1848, un asile provincial permanent a été construit à Saint-Jean. Une partie de la structure originale existe encore aujourd'hui; le centre Centracare y a été ouvert. Même si, au début, l'asile provincial servait surtout de refuge, on y offrait une espèce de traitement moral. On recourait en effet à certains médicaments simples pour contrôler le comportement des malades mentaux et à des bains et des saignements à des fins thérapeutiques, tout en offrant une thérapie combinée de travail, de loisirs et de culte divin. À l'époque, on préconisait l'isolement du patient de son environnement social. Comme l'affirmait le surintendant de l'asile, le Dr John Waddell, aucun malade mental ne pouvait se rétablir à la maison.[26] Une commission chargée en 1854 d'enquêter sur l'administration de l'asile conclut que les installations n'étaient pas suffisantes, que les patients étaient trop nombreux, et qu'il n'y avait pas suffisamment de place pour les différentes catégories de malades. L'un des principaux problèmes de l'époque, c'est que l'asile était trop souvent utilisé par les paroisses désireuses d'épargner les dépenses que représentait le soin des malades mentaux indigents,[27] des personnes âgées, des personnes séniles, des épileptiques et des arriérés mentaux.

CHAPITRE II

L'évolution de la médecine organisée 1865-1918

Entre 1860 et 1880, le Nouveau-Brunswick a connu une ère de prospérité économique, grâce à ses industries de construction de navires et de transport maritime. Par conséquent, la province avait plus d'argent à consacrer aux services de santé. C'est également pendant cette période que la recherche scientifique s'est penchée sur les causes des maladies. Grâce à l'intégration des grandes découvertes scientifiques à la pratique de la médecine, un système de soins de santé organisé et professionnalisé à commencer lentement à voir le jour dans la province. On mettait dorénavant l'accent sur le traitement, plutôt que sur le seul hébergement des malades; des hôpitaux publics ont été construits et des mesures positives ont été prises pour améliorer les systèmes d'égout et d'aqueduc.

Avec la Confédération et la croissance rapide de l'économie, de l'industrie et de la population qui ont caractérisé la fin du dix-neuvième siècle au Canada, il devint évident qu'il faudrait adopter une stratégie ordonnée pour traiter efficacement les questions de plus en plus nombreuses que soulevaient la santé et le bien-être social. Les questions d'actualité comme la prohibition et le vote des femmes, conjugées à de nouvelles doctrines chrétiennes d'évangile social qui préconisaient la regénération de la société canadienne grâce à des principes chrétiens socialistes, ont amené un vent de réforme dans tous les secteurs du bien-être social, y compris les soins de santé. La ville de Saint-Jean a joué un rôle central à cette époque de réforme, grâce à sa position de centre urbain important. Misant sur la solidité administrative de son conseil local de la santé et le savoir-faire des principaux leaders de la localité en matière de santé publique, Saint-Jean a lancé d'importantes réformes dans le domaine des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Le processus a culminé avec l'établissement d'un ministère provincial de la santé en 1918.

Hôpitaux

Ce sont les problèmes de santé liés à l'immigration au dix-neuvième siècle qui ont finalement servi de catalyseur à l'accroissement du nombre de professionnels de la santé et à l'établissement d'hôpitaux publics. Pendant l'épidémie de choléra de 1854, le Dr William Bayard, médecin-visiteur de l'hospice de Saint-Jean, a eu l'occasion d'observer de près les conditions épouvantables dans lesquelles vivaient les malades indigents. Lorsqu'il a accédé à la présidence du nouveau conseil de la santé de Saint-Jean en 1855, il a enjoint la ville d'ouvrir un hôpital convenable pour accueillir les pauvres.[28] Les premières tentatives de Bayard pour recueillir des fonds privés pour la construction du nouvel hôpital ont échoué. Il a donc décidé de financer son hôpital en imposant une taxe aux contribuables. Grâce à une loi de l'assemblée provinciale adoptée en 1860, on a vendu pour 28 000 $ d'obligations et une taxe de 25 cents par année a été imposée à chaque homme "notable" de la ville et du comté de Saint-Jean.[29] La province a également fourni 8 000 $ à cette entreprise et en 1865, le premier hôpital public du Nouveau-Brunswick, le *Saint John General Public Hospital*, a ouvert ses portes. Entre 1867 et 1900, six autres hôpitaux généraux ont été ouverts à Chatham (1869), St. Basile (1873), Fredericton (1888), Moncton (1895), Campbellton et Tracadie. Une maternité, la *Salvation Army Evangeline Maternity Hospital*, a ouvert à Saint-Jean en 1899. Entre 1900 et 1914, quatre autres hôpitaux ont été construits à St. Stephen, Woodstock, Grand Falls et Bathurst. Deux sanatoriums ont également ouvert pendant cette période près de Moncton (1913) et à Saint-Jean (1915). En outre, il existait encore des établissements distincts et spécialisés, par exemple les hôpitaux maritimes et militaires et les asiles pour malades mentaux.

Il est important de souligner qu'avant le début du XXe siècle, les hôpitaux se contentaient souvent d'héberger les malades chroniques indigents, alors que la plupart des gens étaient soignés à la maison. Les premiers hôpitaux étaient redoutés, parce qu'un grand nombre d'entre eux étaient sales, surpeuplés et infectés par la maladie. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, la médecine n'avait qu'une base scientifique très limitée et les méthodes chirurgicales étaient encore relativement primitive. Lorsque le *Victoria Cottage Hospital* a ouvert ses portes à Fredericton en 1888, sa capacité était de 14 lits, mais l'hôpital n'a accueilli en moyenne que cinq patients par jour pendant sa première année, ce qui montre que les gens ne faisaient pas encore confiance aux hôpitaux.[30]

Médecins

Au moment de la Confédération, en 1867, les médecins se sont regroupés en une association professionnelle dotée d'un système de normalisation, soit la Société médicale du Nouveau-Brunswick, qui devait se composer de tous les médecins légalement autorisés à pratiquer dans la province. L'Association médicale canadienne a également été constituée en 1867. La Loi médicale de 1881 a créé le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, que l'on a appelé plus tard Conseil médical[31], et qui était chargé de faire passer des examens provinciaux aux étudiants en médecine jusqu'en 1912, année où le Conseil médical du Canada a commencé à standardiser les procédures d'octroi de licences dans tout le Canada.[32] Le Conseil a établi une série de normes nationales de pratique de la médecine, qui a contribué à améliorer la qualité générale des soins. La spécialisation a commencé sur une très petite échelle lorsque le premier médecin spécialiste du Canada, un ophtalmologue de Toronto, a commencé à pratiquer en 1867, mais les omnipraticiens étaient encore les médecins les plus influents dans tout le Nouveau-Brunswick. Les dentistes de la province ont constitué une société dentaire en 1889, qui comptait quarante dentistes inscrits en 1890.

Vers la fin du XIXe siècle, de grandes découvertes scientifiques ont révolutionné les soins médicaux. Au milieu du siècle, Pasteur avait découvert la bactériologie, ce qui a amené la théorie de l'origine des infections et les fondements de l'immunologie. Les découvertes de Joseph Lister en matière de désinfection et d'antiseptie ont permis de procéder à des opérations chirurgicales plus raffinées, plus délicates et plus scientifiques. D'autres découvertes, notamment celle des rayons X en 1895, ont grandement contribué aux progrès de la médecine au début du XXe siècle. Dès 1911, le Nouveau-Brunswick comptait 98 dentistes et 281 médecins, soit 1 spécialiste sur 1 252 habitants.[33]

Infirmières

Entre 1868 et 1873, les religieuses ont commencé à prendre en main les soins infirmiers au Nouveau-Brunswick. Avec de l'aide du gouvernement fédéral, les Religieuses Hospitalières de St-Joseph, de l'Hôtel-Dieu de Montréal, se sont chargées de l'administration du lazaret de Tracadie en 1868. Le même ordre a également ouvert deux autres hôpitaux, un à Chatham et l'autre à St. Basile.[34]

La première école de formation infirmière au Nouveau-Brunswick a été ouverte à l'Hôpital régional de Saint-Jean, et a été influencée par les tentatives de Florence Nightingale, en Angleterre, d'établir le nursing en tant que profession. Les infirmières devaient être "l'oeil et l'oreille du médecin en son absence".[35] L'un des problèmes qui a surgi cependant, c'est que l'éducation des infirmières était souvent subordonnée aux besoins de l'hôpital en matière de services, et qu'il manquait de coordination entre l'enseignement théorique en classe et l'enseignement pratique sur le tas. Pendant cette période, il y avait trois domaines de pratique infirmière: le nursing hospitalier, le nursing privé et le nursing de district. La majorité des premières diplômées des écoles de nursing ont fait de la pratique privée à domicile, chez ceux qui avaient les moyens de payer de tels soins. Le nursing hospitalier était le plus souvent assuré par les étudiantes. Les infirmières de district offraient des soins à ceux qui n'avaient pas les moyens de payer, et ont établi les bases de ce qui deviendrait plus tard les sciences infirmières de santé publique. Les membres de l'association infirmière du *Saint John General Public Hospital* ont participé à la création d'une association provinciale des infirmières diplômées en 1916, association qui est devenue par la suite l'Association des infirmières enregistrées du Nouveau-Brunswick. Les premiers examens d'accrédiation des infirmières au Nouveau-Brunswick ont été tenus en 1919.[36]

Hygiène mentale

L'amélioration générale des pratiques chirurgicales et médicales s'est accompagnée d'une nouvelle constatation: les institutions pour les malades mentaux devraient être des lieux de traitement plutôt que d'hébergement. Cette nouvelle attitude s'est reflétée par l'adoption, en 1905, d'une loi qui changeait le nom de l'asile provincial en

"Hôpital psychiatrique de Lancaster".[37] Un autre changement important a eu lieu en ce qui concerne les méthodes d'internement. Le pouvoir d'admettre des patients à l'hôpital a été enlevé aux juges de paix et confié à des médecins qualifiés, qui devaient émettre un certificat médical. Graduellement, le recours aux mandats judiciaires a été aboli, sauf dans les cas dangereux.[38] Malgré ces changements, la situation ne s'est améliorée que très lentement. En 1920, une enquête sur la santé mentale a conclu que l'Hôpital psychiatrique servait encore principalement de centre d'hébergement. L'enquête a également permis de relever une série de problèmes, notamment la surpopulation, l'absence d'ergothérapie et de techniques modernes de traitement, l'utilisation trop fréquente de la contention et le peu d'importance que l'on accordait aux mesures préventives.[39]

Santé publique

En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867, la prestation des soins de santé était reconnue comme une responsabilité principalement provinciale.[40] Le gouvernement fédéral se voyait confier le contrôle de la quarantaine et l'établissement et le maintien des hôpitaux de marins, tandis que les provinces se voyaient confier l'établissement, le maintien et la gestion des hôpitaux et des asiles. Même si le gouvernement provincial du Nouveau-Brunswick a commencé à jouer un rôle plus actif dans les soins de santé, de nombreuses responsabilités en matière de prestation de services relevaient encore des municipalités locales entre 1877 et 1919. À ce chapitre, la principale conséquence de l'entrée du Nouveau-Brunswick dans la Confédération, c'est que la province perdait ses responsabilités en matière de contrôle de la quarantaine, qui avait constitué le principal fondement de la législation provinciale de la santé.[41] À cette époque, la santé publique était axée principalement sur le contrôle des maladies contagieuses et la supervision de la santé environnementale, par le contrôle du lait, des réserves d'eau potable et des égouts, et par l'inspection des viandes, des magasins de détail et des résidences privées.

Ce n'est cependant qu'à la fin des années 1880 qu'on a véritablement commencé à se préoccuper de la santé environnementale, parce que l'on reconnaissait de plus en plus qu'il fallait prendre des mesures positives pour combattre les conditions insalubres qui régnaient dans toute la province. Il est difficile de s'imaginer ce qu'étaient ces conditions à l'époque. Dans les régions rurales, les conditions sanitaires variaient beaucoup, avec les toilettes à l'extérieur, les puits communautaires d'eau potable et la préparation des aliments qui se faisait souvent dans des conditions insalubres. La prospérité dans les villes ne s'est pas nécessairement accompagnée d'une plus grande propreté. Dans les années 1860, à Saint-Jean même, Drury Lane, où se trouve actuellement le Market Square, était envahie par les immondices laissées par les porcs qui couraient en liberté. Les rues étaient pleines d'ordures et le marché lui-même était entouré de fruits et de légumes qui pourrissaient. Les gens s'aspergeaient de parfum plutôt que de prendre un bain régulièrement.[42] À mesure que l'industrie des mines prenait de l'importance et que ses besoins en matière de main-d'oeuvre augmentaient, de jeunes enfants y étaient employés pendant de longues heures, pour des salaires de famine. La fréquentation scolaire n'était pas obligatoire et dans les districts ruraux, il fallait souvent fermer les écoles l'hiver parce qu'elles n'étaient pas chauffées. Dans les années 1870, on a commencé à s'intéresser davantage à la santé environnementale, intérêt qui a mené à l'amélioration graduelle de ces conditions insalubres. La santé publique au Nouveau-Brunswick pendant cette époque a été fortement influencée par les progrès généraux des connaissances médicales, particulièrement la découverte que les maladies étaient causées par des germes qui proliféraient dans les milieux insalubres.

Les progrès de la santé publique dans la province ont été influencés particulièrement par les idées du bavarois Max von Petenkoffer, de renommée mondiale. Il s'était fait le défenseur de l'air pur, de l'eau claire, des maisons propres et des aliments sains, qu'il voyait comme les meilleures mesures de protection contre la maladie. Selon lui, les principales causes des maladies étaient attribuables aux conditions environnementales, et il a ainsi été le père de l'hygiène publique moderne. Les conséquences de ces idées se sont manifestées au Nouveau-Brunswick à mesure que les collectivités ont commencé graduellement à améliorer leurs systèmes d'aqueduc et d'égout, mais ce fut un processus long et coûteux. On a assisté à des changements importants dans les grandes collectivités seulement, parce que leurs systèmes d'impôts municipaux et de financement leur permettaient de faire face au coût élevé de l'installation de systèmes d'aqueduc et d'égout. Saint-Jean avait un réseau public d'aqueduc qui desservait la plupart des quartiers de la ville dès 1852. À Fredericton, on a installé un réseau d'aqueduc en 1883, pour pomper l'eau non traitée du fleuve St-Jean, mais ce n'est qu'en 1907 que la ville a eu un système d'égout.[43] Même si les conditions s'amélioraient lentement dans les centres urbains, la contamination de l'eau et l'absence d'installations sanitaires dans les régions rurales, ont continué à être des problèmes persistents bien au-delà du début du XX^{e} siècle.

Création du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

L'adoption d'une Loi sur la santé publique en Grande-Bretagne en 1875 a entraîné l'adoption de législations similaires au Nouveau-Brunswick et dans le reste du Canada. Par ailleurs, l'adoption de la Loi sur l'hygiène publique de la province en 1887 avait été amenée de façon plus immédiate par la menace d'une épidémie de variole qui avait touché d'autres régions du Canada en 1885 et à laquelle, pour y faire face de façon efficace, il fallait opposer une action ordonnée. La Loi de 1887 établissait le premier conseil de santé provincial au Nouveau-Brunswick. La province a été divisée en districts de santé, chacun doté d'un conseil de santé chargé de faire des enquêtes sur les causes de la maladie et de la mortalité.[44] En vertu des règles établies par le conseil provincial, un certain nombre de fonctions et de pouvoirs étaient attribués aux conseils locaux. Ils étaient autorisés à faire enquête dans toutes les maisons, les immeubles, les wagons de chemin de fer, les navires et les propriétés publiques et privées de leur territoire, pour s'assurer qu'ils étaient correctement ventilés, qu'ils étaient propres et qu'il n'y avait pas de maladies contagieuses. À Saint-Jean même, les enfants se taquinaient ainsi:

> Petit Pierrot, va te laver,
> Le conseil de santé s'en vient te visiter.[45]

Les conseils locaux étaient également chargés d'isoler les contagieux et de placer des affiches sur les portes et

des drapeaux jaunes dans les fenêtres des maisons où il y avait des cas de variole. Des règles strictes ont été imposées pour la vente des viandes et des légumes frais, et pour l'approvisionnement en eau fraîche et les égouts. Les carcasses d'animaux morts ne pouvaient plus être jetées dans la rivière, et les toilettes extérieures ne pouvaient plus être construites près d'un puit. Il s'agissait là de vastes responsabilités dont les conseils ne pouvaient s'acquitter efficacement qu'avec un financement adéquat. Malheureusement, certaines municipalités ne leur accordaient pas de fonds, ou lorsqu'elles le faisaient, les sommes étaient si faibles qu'elles ne permettaient pas aux conseils de remplir leurs fonctions. Par conséquent, on a assisté à un écart de plus en plus marqué entre les régions rurales et les régions urbaines. Comme l'observait le Dr William Warwick, même si de nombreux conseils de santé ont été constitués, en fin de compte, environ vingt-six, ceux de l'extérieur des villes, semblent avoir fonctionné plus ou moins régulièrement et principalement dans la lutte contre les épidémies de variole.[47] Il semble également qu'il n'y avait guère de collaboration entre les conseils locaux et le conseil provincial; certains conseils présentaient des rapports annuels, d'autres pas. Certains conseils locaux ne se réunissaient presque jamais, puisqu'ils ne disposaient pas de fonds de travail. Le système était inadéquat; l'administration de la santé publique mise de l'avant par la loi de 1887 demeurait faible et désorganisée.

L'un des facteurs importants de la réforme, c'est qu'en dépit de la faiblesse dy système provincial dans son ensemble, le conseil de santé local de Saint-Jean est demeuré actif et bien organisé sur le plan administratif, et qu'en conséquence, il a été en mesure de commencer une réforme du système des soins de santé qui s'est étendue à toute la province. La création d'un ministère de la Santé en 1918 a été principalement attribuable aux aspirations de l'administration de Saint-Jean, qui avaient gagné toute la province; il s'agissait également de remplacer le conseil provincial de la santé, inadéquat, par un ministère centralisé.[48] Étant donné sa taille et sa position de grand centre urbain, Saint-Jean comptait des citoyens éminents dans le domaine de l'hygiène publique qui étaient en mesure d'exploiter la législature à l'échelle provinciale. L'un de ces leaders a été le Dr William Bayard qui, en 1854, avait dirigé le conseil de santé de Saint-Jean, nouvellement réorganisé; le Dr Bayard avait également participé à l'établissement du premier hôpital public général de la province et avait été le premier président du conseil provincial de la santé. Ce sont des personnes comme le Dr Bayard qui ont exercé suffisamment de pressions pour que le système des soins de santé du Nouveau-Brunswick évolue. Il y a eu cependant un deuxième facteur important à cet égard: le vent de réforme qui soufflait sur tout le Canada depuis la Première Guerre mondiale. Conjugé aux pouvoirs administratifs de Saint-Jean, cet esprit de réforme a également servi de catalyseur à l'établissement d'un ministère provincial de la Santé.

Dès le début du XX^{e} siècle, la santé publique était devenue une question sociale importante au Canada. Les perturbations sociales causées par la Grande Guerre ont engendré un mouvement de réforme sociale générale. Les doctrines de l'évangile chrétien social préconisaient une régénération nationale laquelle on atteindrait en purgeant la société canadienne des méfaits de la vie moderne, particulièrement le matérialisme, la corruption et l'alcoolisme. Les groupes féminins se sont faits plus pressants pendant cette période, préconisant de meilleures conditions de vie et de travail, des chances de faire des études et le droit de vote pour les femmes.[49] Au Nouveau-Brunswick, des groupes féminins comme le *Imperial Order of the Daughters of the Empire* et les instituts féminins, de même que d'autres organisations bénévoles comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria et la Croix-Rouge, se sont intéressés activement à la promotion de l'hygiène publique. Ces groupes ont contribué à organiser des services dans toute la province et ont donné un nouvel élan à la réforme. Ainsi, l'esprit de réforme sociale florissait au Nouveau-Brunswick à cette époque, particulièrement dans le centre urbain de Saint-Jean.

La réforme de l'hygiène publique a été particulièrement évidente dans la lutte contre la tuberculose. À mesure que les progrès de la médecine permettaient un contrôle plus efficace des maladies contagieuses aiguës, la tuberculose a commencé à occuper le premier plan et à recevoir une attention accrue de la part des autorités médicales.[50] En 1909, un groupe de médecins et d'ecclésiastiques a rencontré le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour discuter du problème de la tuberculose et de la nécessité d'ouvrir un sanatorium provincial. L'assemblée législative a chargé un comité d'étudier les meilleures méthodes de prévention et de traitement. En 1909, la première société pour la prévention de la tuberculose a été créée au Nouveau-Brunswick, et dès 1913, le sanatorium Jordan Memorial ouvrait ses portes à The Glades, près de Moncton.

La plaque tournante de la réorganisation du système d'hygiène publique au Nouveau-Brunswick a été l'arrivée du Dr William Roberts dans l'arène politique. Roberts était coroner de Saint-Jean et s'était fait connaître du public par sa participation au mouvement de réforme du logement dans cette ville en 1899. Il est important de souligner qu'il avait obtenu un diplôme de médecine d'un collège de la ville de New York en 1894, parce que c'est dans cette ville que les nouvelles connaissances en matière de bactériologie ont commencé à être appliquées aux pratiques d'hygiène publique, et que la ville a mis sur pied son propre département de santé en 1892. Ainsi, le Dr Roberts était au courant des derniers progrès en matière de santé publique et avait des relations à New York. Il s'est intéressé à la réforme, et s'est montré un ardent défenseur du suffrage des femmes.[51] Le Dr Roberts est entré sur la scène politique provinciale en 1917, aspirant à une réforme publique. Il a été nommé ministre libéral sans portefeuille, mais il a utilisé son poste pour poursuivre ses intérêts en matière de soins de santé. Pour amorcer la réforme du système de santé, Roberts a visité New York pour y trouver conseil; il y a retenu les services de John Hall, ingénieur sanitaire auprès du Département de santé de New Jersey, et l'a chargé de mener une enquête sur les conditions sanitaires dans la province.[52]

Le rapport de John Hall a attiré l'attention du public sur les conditions sanitaires déplorables qui existaient dans la province en 1917. Selon lui, il était urgent de reconnaître que les citoyens sont la principale richesse de l'état et que le gouvernement avait le devoir financier et moral de promouvoir leur santé et leur bien-être.[53] Hall critiquait la mauvaise répartition des fonds dans la province et précisait que les problèmes de santé au Nouveau-Brunswick se retrouvaient principalement dans les régions rurales. Le rapport soulignait en effet les écarts considérables qui existaient entre les régions rurales et les régions urbaines, et précisait que les taux de mortalité infantile étaient particulièrement élevés dans le nord de la province. Mis à

part les efforts non coordonnés des divers organismes de charité, rien n'était fait pour assurer le bien-être des nouveaux-nés. Le rapport soulignait également que le retour des soldats de la Première Guerre mondiale, qui seraient sans aucun doute victimes de maladies vénériennes et de tuberculose, ne ferait qu'aggraver les problèmes de santé. Hall recommandait donc la création d'un ministère provincial de la Santé qui serait efficace, qui serait dirigé par un ministre et un médecin-hygiéniste en chef; il recommandait la création d'un poste de chef des laboratoires qui desservirait toute la province. Cette expansion de l'administration de la santé devait permettre de régler plus efficacement les nombreux problèmes de santé de la province, particulièrement dans le nord. Par suite de la publication du rapport Hall, le Dr Roberts a fait des pressions pour la création d'un ministère de la Santé, avec l'appui de divers groupes, notamment la Fédération des travailleurs du Nouveau-Brunswick. En 1918, le Dr Roberts a été nommé ministre de la Santé, le premier dans tout l'Empire britannique. Une nouvelle Loi sur l'hygiène publique créait une administration centrale dirigée par le ministre, un médecin-hygiéniste en chef et un laboratoire d'hygiène publique dirigé par un bactériologiste et un pathologiste provinciaux. La province a été divisée en trois régions sanitaires; l'est, dont le centre était Newcastle; l'ouest, dont le centre était Fredericton; et le sud, dont le centre était Saint-Jean. Chacune de ces régions comptait un médecin-hygiéniste régional. Ces régions sanitaires ont ensuite été divisées en sous-districts, chaque ville étant tenue de financer un conseil de santé de sous-district et de nommer un inspecteur médical des écoles, dont elle payait le salaire.[54] Cette dernière disposition a été très mal accueillie par les petites villes, qui s'opposaient à payer leur part des frais. En vertu de la Loi, on a établi un nouveau système plus exact de collecte et d'analyse des statistiques de l'état civil et on a prévu une inspection médicale obligatoire des écoles.

Entre 1867 et 1919, le réseau d'hygiène publique du Nouveau-Brunswick avait beaucoup évolué, passant d'un système décentralisé, mal administré et inefficace à un ministère de la Santé centralisé à l'échelle provinciale. Une nouvelle ère des soins de santé commençait dans la province.

CHAPITRE III

L'émergence de l'état-providence, 1919-1948

Les bouleversements sociaux causés par la Première Guerre mondiale et la Dépression ont occasionné un accroissement des pressions publiques: on voulait des services sociaux plus nombreux. Après la guerre, les hôpitaux ont connu une expansion rapide, devenant les principaux centres de traitement, grâce aux progrès de la science médicale et des connaissances scientifiques. Pendant cette période, on a accordé plus d'importance aux mesures préventives, et pour répondre à la demande d'accroissement des services, de nouveaux programmes ont été offerts. À mesure que la demande s'accroissait, on a reconnu que les immenses responsabilités financières au titre des soins de santé que devaient assumer les gouvernements provinciaux et les municipalités étaient finalement trop lourdes. Des provinces comme le Nouveau-Brunswick n'avaient tout simplement pas les moyens d'assurer une expansion aussi rapide. La hausse des coûts et la complexité des services ont nécessité une participation accrue du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé, qui a débouché en 1948 sur l'adoption des subventions nationales à la santé, qui avaient pour objet de défrayer les provinces des coûts engagés pour l'établissement d'un programme complet et universel d'assurance-santé pour tous les Canadiens.

À cette époque, l'économie des Maritimes en général a commencé à connaître un déclin rapide. Jusqu'en 1918, les manufacturiers et producteurs des Maritimes avaient pu profiter de tarifs préférentiels et de subventions de transport sur le chemin de fer Intercolonial, ce qui leur permettait de soutenir la concurrence sur le marché du centre du Canada. Après la guerre, le gouvernement fédéral a adopté une nouvelle politique nationale qui mit fin à ce traitement préférentiel et qui favorisa un nouveau système d'échanges est-ouest, avec concentration des industries en Ontario et au Québec.[55] Ces politiques défavorables ont laissé les Maritimes plus vulnérables à la récession d'après-guerre, et par conséquent, elles ont eu des répercussions sur les systèmes de soins de santé, puisqu'on ne disposait pas toujours des fonds nécessaires pour accroître les programmes de santé de façon à répondre aux besoins sans cesse croissants.

Santé publique

Avec la création du ministère de la Santé, les programmes d'hygiène publique ont été élargis, et on a accordé une plus grande importance aux mesures préventives, particulièrement l'immunisation des écoliers et l'enseignement de l'hygiène publique. En 1919, on a lancé un programme d'inspection des écoles à l'échelle de la province, dans le dessein d'éliminer les maladies contagieuses. Six médecins procédaient à des examens de la santé physique et mentale des écoliers et à des inspections des écoles elles-mêmes. Le financement de certaines des principales améliorations aux services d'hygiène publique au Nouveau-Brunswick venait souvent de l'extérieur de la province. De nombreuses collectivités hésitaient beaucoup à assumer les coûts de la nomination d'inspecteurs médicaux des écoles. En conséquence, la Fondation Rockfeller des États-Unis a accordé une subvention qui a couvert ces coûts pendant une période de deux ans.

L'importance accrue que l'on accordait dorénavant à l'éducation et à la prévention primaire a amené la création de nouveaux postes, ceux d'infirmières-hygiénistes. En 1921, grâce à une subvention de la Croix-Rouge provinciale et à l'aide d'organisations bénévoles comme les instituts féminins, le I.O.D.E. et les Infirmières de l'Ordre de Victoria, le ministère de la Santé a pu établir un service d'infirmières-hygiénistes. À l'origine, le Ministère voulait nommer une infirmière-hygiéniste dans chaque ville du Nouveau-Brunswick,[56] mais on a reconnu qu'il s'agissait là d'un objectif irréalisable, puisque de nombreuses municipalités n'avaient tout simplement pas les moyens de financer ces services. La Fondation Rockfeller a offert de financer l'établissement de tels services sur une période de deux ans si les conseils de comté acceptaient d'en prendre la responsabilité financière par la suite, mais cette offre a été refusée.[57] Au début, on considérait que les infirmières-hygiénistes étaient chargées avant tout du bien-être des nouveaux-nés, parce que leur principal rôle consistait à réduire les taux élevés de mortalité des nourrissons dans la province, dans le cadre d'un programme mettant l'accent sur les soins prénatals et les soins aux nouveaux-nés. Par suite de leurs efforts, le taux de mortalité infantile est passé de 135 décès par 1 000 naissances vivantes en 1920 à 60 par 1 000 en 1928.[58] C'est peut-être grâce à ce succès que la province a décidé de financer le recrutement de deux infirmières-hygiénistes en 1927.

Dès les années 1930, les services des infirmières-hygiénistes s'étaient généralisés, et on mettait l'accent sur les soins prénatals et le bien-être des nourissons, l'hygiène dans les écoles, le suivi des tuberculeux et les soins de chevet.[59] Des services additionnels de nursing de chevet étaient offerts par les Infirmières de l'Ordre de Victoria, qui travaillaient en étroite collaboration avec les infirmières-hygiénistes. Même si celles-ci offraient des services importants, on ne les retrouvait pas dans toute la province, faute de fonds.

Les maladies vénériennes et la tuberculose étaient deux autres grandes sources de préoccupation à cette époque. Des cliniques gratuites de traitement des maladies vénériennes ont été ouvertes dans les plus grandes collectivités dans les années 20, et les fonctionnaires de l'hygiène publique ont joué un rôle actif dans l'éducation du public sur ces problèmes de santé. De vigoureux efforts visant à réduire la mortalité attribuable à la tuberculose ont été faits, notamment l'ouverture de plusieurs sanatoriums. Pendant de nombreuses années, le budget affecté au contrôle de la tuberculose représentait plus de la moitié des fonds du ministère de la Santé.[60] Par suite de ces efforts et d'une amélioration généralisée de la qualité de la vie, le taux de mortalité attribuable à la tuberculose a diminué lentement, de 102 décès par 100 000 en 1920 à 61 par 100 000 en 1939.[61]

Les conditions sanitaires dans les régions rurales s'amélioraient lentement, grâce, à la mise sur pied d'un service de salubrité publique au ministère de la Santé en 1918. Graduellement, les municipalités ont commencé à améliorer leurs réseaux d'aqueduc et d'égout, mais ces améliorations étaient ralenties par le manque de fonds, et de nombreuses collectivités n'avaient pas encore de systèmes adéquats d'approvisionnement en eau. En 1923, la ville de Saint-Jean a imposé la pasteurisation du lait, décision impopulaire qui a causé la défaite du Dr Roberts lors des élections provinciales. Un protestataire indigné a même déclaré que si le Bon Dieu avait voulu qu'on boive du lait pasteurisé, il aurait installé un réfrigérateur directement sur la vache.[62]

L'importance que l'on accordait aux mesures préventives à cette époque s'est également étendue aux soins dentaires, particulièrement dans les écoles des régions rurales les plus pauvres. Un inspecteur médical a trouvé, en 1926, que près de 60 % des écoliers qu'il avait examinés à Moncton et à Rexton avaient des dents en mauvais état. Des cliniques dentaires à l'intention des écoliers défavorisés se tenaient périodiquement à Saint-Jean et à Moncton.

Il y a eu une réorganisation au sein du ministère de la Santé en 1933: on y a créé cinq districts de santé, chacun dirigé par un médecin de district qui détenait un diplôme en hygiène publique et qui avait une formation spéciale pour diagnostiquer la tuberculose.[63] La Fondation Rockfeller avait fourni d'autres subventions à la province pour la formation supérieure en hygiène publique à l'Université McGill. La nomination de ces médecins spécialisés a constitué un autre progrès important en matière d'hygiène publique; le programme était dorénavant mieux organisé et plus efficace, même s'il était entravé par des pénuries de fonds et de personnel. Les médecins de district étaient chargés de déceler les maladies notables, d'organiser des cliniques et de superviser l'inspection des hôtels, des restaurants, des aqueducs et des égouts.

En 1935, le ministère provincial de la Santé assumait environ les deux tiers du coût total de l'hygiène publique, les comtés fournissant le reste.[64] Une nouvelle réorganisation a eu lieu et les grands districts ont été subdivisés en districts plus petits. Dans l'ensemble, la Deuxième Guerre mondiale a provoqué une grave pénurie de fonctionnaires de la santé publique, leurs services ayant été réquisitionnés. Cette période a été marquée par un accroissement de la participation du gouvernement provincial aux responsabilités en matière de soins de santé. En 1942, le service provincial des infirmières-hygiénistes a été réorganisé de façon à ce qu'à l'avenir, toutes les infirmières-hygiénistes soient dorénavant employées directement par la province.[65] Les services traditionnels, y compris les soins prénatals, le suivi des tuberculeux, le nursing de chevet, les visites à la maison et les conférences en matière de santé, ont continué d'être offerts. Pendant et après la guerre, faute d'un nombre suffisant de médecins, les responsabilités des infirmières-hygiénistes se sont accrues et elles ont commencé à s'occuper des inspections médicales des écoles. Les principaux problèmes de santé dans les années 1940 étaient attribuables à une épidémie de polio, qui a amené le ministère de la Santé à s'éloigner de son rôle traditionnel en matière de santé environnementale et de contrôle des maladies contagieuses et à s'intéresser davantage au domaine de la rééducation, en engageant quatre physiothérapeutes. Le rôle accru de la province en matière de soins de santé s'est manifesté encore davantage lorsque le ministère de la Santé a commencé à distribuer gratuitement des vaccins aux médecins en 1942, afin d'accroître les niveaux d'immunisation.[66] En 1945, la province a assumé complètement les coûts d'entretien des patients dans tous les sanatoriums pour les tuberculeux et les coûts d'hospitalisation des cas aigus de polio. Des efforts pour combattre le cancer ont également été entrepris, avec l'établissement de cliniques de cancer dans toute la province en 1947.[67]

Un programme élargi a été entrepris par le ministère de la Santé en 1947, grâce à la nomination de directeurs

des services hospitaliers, du contrôle du cancer, du génie sanitaire et du contrôle de la tuberculose.[69] Ces nouvelles divisions ont été organisées dans l'attente du programme de subventions nationales à la santé du gouvernement fédéral, qui est entré en vigueur en 1948 et qui offrait une aide financière à toutes les provinces pour la construction d'hôpitaux, l'amélioration des services d'hygiène publique, le recrutement d'un personnel qualifié plus nombreux et l'amélioration des services de santé mentale.

Une autre amélioration qui a marqué cette époque, c'est le transfert de la Division des services de santé aux Indiens du ministère des Mines et des Ressources au ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, en 1945. Auparavant, les soins de santé des Indiens du Nouveau-Brunswick étaient assurés en majorité par l'entremise des services d'hygiène publique.[69]

Hôpitaux

Après la Première Guerre mondiale, la construction d'hôpitaux dans la province a connu une expansion rapide. La construction avait été limitée pendant les années de guerre et les hôpitaux avaient souffert de graves pénuries de personnel médical. Les médecins, les infirmières et les techniciens qui revenaient au pays ramenaient avec eux de nouvelles techniques et de nouveaux concepts qui ont contribué à l'avancement de la qualité des services, et on a commencé à s'intéresser davantage à l'administration hospitalière. Par conséquent, dans les années 1920, le rôle de l'hôpital général avait changé: il ne s'agissait plus d'un refuge où les indigents allaient mourir, mais plutôt du principal centre de traitement pour toutes les classes de la société. On a constaté une utilisation plus généralisée des hôpitaux après la Première Guerre mondiale, au moment où les progrès de la technologie médicale en ont fait des endroits plus sécuritaires. Les médecins et les infirmières se sont affiliés plus étroitement aux hôpitaux pendant cette période.

Dès 1949, le Nouveau-Brunswick comptait 49 hôpitaux,[70] y compris plusieurs sanatoriums, disséminés dans toute la province. Le principal problème, c'est que la plupart des hôpitaux avaient vu le jour en réponse à des besoins particuliers de telle ou telle collectivité, et qu'en conséquence, il n'y avait ni coopération ni coordination entre les établissements. Il n'y avait pas non plus de normalisation adéquate, et comme la plupart des hôpitaux ne comptaient qu'un petit nombre de lits, le système dans son ensemble était inefficace.

Médecins

En dépit des nombreux progrès réalisés, les soins médicaux pendant les années 1930 étaient relativement primitifs par rapport aux normes d'aujourd'hui. En effet, 85 p. 100 de toutes les naissances avaient lieu à la maison, de même que de nombreuses opérations mineures, par exemple les amygdalectomies.[71] Les techniques et procédures chirurgicales n'étaient pas aussi raffinées qu'elles le sont aujourd'hui, et les taux d'infection étaient élevés. L'apparition des sulfamides en 1939 et de la pénicilline au début des années 1940 a révolutionné les soins médicaux, améliorant de beaucoup les taux de guérison et de survie.

La spécialisation chez les médecins du Nouveau-Brunswick s'est faite très lentement, et pendant longtemps, le médecin de famille ou omnipraticien a régné en roi et maître. Une enquête sur la santé menée en 1951 a permis de compter 341 médecins autorisés dans la province mais seulement 44 spécialistes. Cent cinquante-deux de ces médecins pratiquaient dans les trois grands centres urbains de Saint-Jean, Moncton et Fredericton, et il y avait pénurie dans les régions rurales. Il y avait également une grave pénurie de dentistes dans la province: on en comptait seulement 112 en 1946, soit un rapport de 1 sur 4 286 habitants.

À cette époque, tous les médecins du Nouveau-Brunswick étaient officiellement qualifiés et la plupart avaient fait leurs études au Canada plutôt qu'à l'étranger. Dans l'ensemble, le système des soins personnalisés et des relations étroites entre le médecin et son patient était encore à l'honneur.

Infirmières

Jusqu'en 1919, les infirmières canadiennes qui voulaient se perfectionner devaient poursuivre leurs études aux États-Unis. En 1920, l'Université de la Colombie-Britannique a offert le premier programme de baccalauréat en nursing au Canada. Le Nouveau-Brunswick ne devait pas adopter de programme de ce genre pendant encore plusieurs décennies, et la plupart des infirmières étaient encore formées dans des écoles hospitalières locales.

Pendant la Dépression, la plupart des gens ne pouvaient plus se permettre d'être soignés à la maison par des infirmières privées. Dorénavant, la majorité des infirmières étaient affiliées à des hôpitaux. Un rapport sur la formation infirmière au Canada, le rapport Weir, publié en 1932, recommandait que les petits hôpitaux d'enseignement soient fermés, parce qu'ils étaient inefficaces, et que la formation des infirmières soit intégrée au réseau scolaire général des provinces. Cette dernière recommandation venait de ce que l'on consacrait plus d'argent aux autres secteurs des services hospitaliers qu'à l'administration des écoles de formation. Le rapport a cependant été très mal accueilli par les administrateurs d'hôpitaux, parce que ses recommandations amèneraient une réduction du rôle de service pour lequel les hôpitaux formaient des infirmières. Le personnel de nombreux hôpitaux se composait en effet principalement d'étudiantes infirmières qui ne recevaient aucune rémunération pendant leur formation et qui constituaient ainsi un atout financier. Le système avait cependant fait l'objet de beaucoup d'abus et l'une des principales préoccupations de l'époque, c'est que l'on mettait l'accent sur les besoins du service, au détriment des études des infirmières. On leur enseignait en effet quoi faire, sans leur expliquer pourquoi; elles ne recevaient aucune formation théorique. Les projets d'établissement d'un programme d'éducation accompagné de stages pratiques ont cependant dû être retardés à cause de la Deuxième Guerre mondiale qui a provoqué une pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick. En 1940, on comptait 550 infirmières autorisées dans la province, soit 1 sur 827 habitants.[72] Pendant les années 40, on a commencé à leur offrir de meilleurs salaires, des horaires moins chargés et plus de fonctions cliniques par rapport aux tâches domestiques. Cependant, l'amélioration générale de la formation des infirmières du Nouveau-Brunswick a attendu encore une décennie. En 1949, il y avait quatorze écoles de formation dans la province, nombre d'entre elles dans des hôpitaux trop petits pour répondre aux normes canadiennes en matière de formation des infirmières.

Hygiène mentale

Les conditions de l'hygiène mentale au Nouveau-Brunswick entre 1920 et 1948 n'avaient pas beaucoup évolué par rapport à la période précédente. Dans son *Rapport annuel* de 1922, le directeur général de l'Hôpital provincial indiquait que le rôle d'hébergement des hôpitaux persistait:

> Pour de nombreux patients admis chaque année, on ne peut rien faire de plus que de les héberger— les personnes âgées, les paralysés, les épileptiques, les imbéciles. Il n'y a pas d'autre refuge pour eux dans cette province.[73]

La mesure la plus positive qui ait été prise pour transformer l'Hôpital provincial en un centre de traitement plus moderne a été adopté par le Dr E.C. Menzies, en 1934. Les rénovations ont été accélérées et de nouveaux traitements, par exemple l'insulinothérapie, ont été adoptés. Une directrice du nursing qui avait reçu une formation en nursing psychiatrique a été engagée pour diriger le personnel infirmier.[74] Cependant, la surpopulation et les graves pénuries de personnel attribuables à la guerre imposaient des contraintes importantes aux traitements dans les années 40. Des plaintes contre la direction de l'établissement ont amené la mise sur pied d'une Commission royale d'enquête en 1945. Le rapport a conclu que les conditions à l'Hôpital provincial étaient déplorables, qu'il n'y avait pas d'ergothérapeute à cause de la guerre et qu'il y avait carence généralisée lorsqu'il s'agissait de séparer les patients. Plusieurs sections de l'hôpital étaient désuètes, sales et infestées par les rats. Un problème particulièrement grave: il arrivait fréquemment que les préposés aux soins administrent des médicaments aux patients et utilisent des moyens de contention à titre de punition, sans le consentement des médecins.[75]

Des progrès rapides en matière de santé mentale ont suivi la Deuxième Guerre mondiale. Ce n'est qu'après la guerre que le gouvernement fédéral a commencé à jouer un rôle actif dans la prestation des services aux malades mentaux, les problèmes de santé mentale ayant été mis de l'avant par le retour des anciens combattants; il s'agissait en fait de problèmes que l'on relevait à divers degrés dans la société en général. Grâce à l'adoption d'un programme fédéral de subventions à la santé en 1948, le Nouveau-Brunswick disposait dorénavant du financement nécessaire pour offrir un programme complet de santé mentale.

Mise sur pied de programmes fédéraux en matière de santé

La Dépression des années 1930 a eu un effet dévastateur sur tout le Canada, et a exercé de graves pressions sur tout le réseau de santé du pays. Cette période de bouleversements sociaux s'est accompagnée d'un vent de réforme sociale; pour la première fois en politique, on parlait d'un régime universel d'assurance-santé. Le premier ministre conservateur Bennett a proposé une législation en matière de bien-être social qui comprenait notamment un programme complet d'assurance-santé pour tous les Canadiens. Il a été défait par le Libéral Mackenzie King en 1935 et la Cour suprême a jugé que cette législation était inconstitutionnelle parce qu'elle allait au-delà des pouvoirs légaux du gouvernement fédéral. En 1867, les Pères de la Confédération avaient eu l'intention de créer un système fédéral dans lequel il y aurait un gouvernement central fort, mais dans la réalité, ils avaient donné aux provinces des pouvoirs très étendus en matière de santé et de bien-être social. Le problème, c'est qu'à mesure que les besoins en matière de santé et de services sociaux devenaient plus complexes, les provinces avaient le pouvoir de mettre en oeuvre des programmes d'aide, mais n'en avaient pas les ressources financières. À l'inverse, le gouvernement fédéral avait l'argent, mais n'avait pas le pouvoir d'adopter des lois. Le premier ministre King a trouvé une solution à ce problème en créant la Commission Rowell-Sirois sur les relations entre le Dominion et les provinces. Le rapport de la commission, publié en 1940, proposait de modifier la structure financière du système fédéral du Canada et de mettre sur pied un système national de services sociaux administré par les provinces et subventionné par le gouvernement fédéral. Grâce à ces mesures, le gouvernement fédéral a pu proposer un programme de subventions nationales à la santé dans le cadre de la Conférence de 1946 sur la reconstruction. Les subventions proprement dites ont été lancées en 1948. Les paiements de péréquation aux provinces permettaient de répartir les ressources dans tout le pays, et d'offrir ainsi des services de base à tous les Canadiens. Les subventions fédérales à la santé fournissaient de l'argent pour la construction d'hôpitaux, la formation d'un personnel médical plus nombreux et l'amélioration des services d'hygiène publique.

CHAPITRE IV

La mise sur pied d'un système public universel de soins de santé 1948-1984

L'adoption du programme fédéral de subventions à la santé en 1948 a accéléré le développement des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Le gouvernement fédéral jouait cependant un rôle de plus en plus centralisé dans la prestation des services de santé.

Les bases d'un système public universel de soins de santé ont été jetées en 1956, lorsque le gouvernement fédéral a annoncé son intention de lancer un programme fédéral-provincial de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation, programme auquel le Nouveau-Brunswick a adhéré en 1959. La dernière étape du processus a été franchie en 1966, lorsque le gouvernement fédéral a lancé un programme universel national de soins de santé. Même si l'assurance-maladie devait être financée conjointement

par le gouvernement fédéral et les provinces, le gouvernement du Nouveau-Brunswick devait encore assumer un fardeau financier énorme pour garantir des services de base à tous ses citoyens. Les coûts élevés de la prestation de services non seulement de santé, mais aussi de bien-être social, ont créé de graves problèmes pour le gouvernement de la province. En 1967, l'administration libérale de Louis Robichaud lançait un Programme d'égalité sociale, qui était conçu pour garantir la prestation équitable de services publics de base à tous les citoyens de la province. Le Programme d'égalité social a eu d'importantes répercussions sur les services médicaux au Nouveau-Brunswick. Il a permis de restructurer le système des soins de santé de la province et d'en accroître l'efficacité. Par la suite, en 1971, la province adhérait au régime national d'assurance-maladie.

L'adoption de ce service a révolutionné les soins de santé au Nouveau-Brunswick, en améliorant les établissements de soins et en accroissant leur accessibilité. Grâce à cet essor financier, on a pu offrir des services complets en organisant un système axé sur les besoins régionaux, dans le cadre d'une structure intégrée et efficace, l'accent étant placé sur l'égalité du service dans toute la province. Dans les années 1970, un système complet et complexe de soins de santé avait vu le jour au Nouveau-Brunswick. Cependant, pendant la récession économique qui a caractérisé la fin des années 70 et le début des années 80, les coûts élevés d'un tel système ont occasionné de graves problèmes pour les autorités fédérales et provinciales des soins de santé.

Santé publique

L'adoption d'un Programme de subventions nationales à la santé en 1948 a marqué une nouvelle étape dans l'évolution de la santé publique au Nouveau-Brunswick. Grâce à cet apport financier, l'envergure des services a pu être considérablement élargie, avec l'adoption de nouveaux programmes et de nouveaux services au sein du ministère de la Santé, notamment des soins dentaires en 1948, des soins à la mère et à l'enfant en 1949, et une division de la santé mentale en 1950. On mettait surtout l'accent sur les programmes de prévention et de santé communautaire, et particulièrement sur l'éducation du public en matière de pratiques de santé. Des cours spéciaux d'éducation à la santé ont été offerts aux étudiants qui s'inscrivaient à l'école normale.[76] Une étape importante a été franchie en 1950, avec le lancement d'un programme de défense civile, sous l'impulsion de la guerre de Corée. Le *Rapport annuel* du ministère de la Santé de cette année-là laissait entendre que l'évolution inquiétante des relations internationales allait changer de fond en comble les plans du ministère, et demander des sacrifices de la part de cette organisation qui manquait déjà de personnel.

Dans le cadre d'un programme de défense civile, le ministère de la Santé a mis sur pied un plan qui permettrait d'apporter de l'aide à toute région de la province qui était touchée par une catastrophe. Les fonctionnaires du Ministère ont reçu une formation de base en matière de guerre chimique, de sauvetage et d'autres techniques.[77] Lorsque cette menace internationale s'est résorbée, le Ministère a repris ses activités ordinaires en matière de services d'hygiène publique.

À cette époque, il y avait encore place à l'amélioration dans les services d'hygiène publique, particulièrement dans les régions rurales et dans les domaines de la salubrité publique et des soins dentaires. En 1947, le Ministère a créé une Division du génie sanitaire, qui offrait des services de consultation sur les aqueducs, les égouts et la pasteurisation du lait. Des inspections régulières ont été faites, particulièrement dans les régions rurales, mais le coût élevé de ces améliorations a entravé les progrès. Le *Rapport annuel* du ministère de la Santé de 1950 fait état des conditions sanitaires déplorables relevées dans les écoles du comté Queens. On y trouvait encore des puits ouverts, les sièges de toilette étaient rongés par des porcs-épics et de nombreuses écoles ne disposaient pas de fontaines, de serviettes de papier ni même de savon. On a relevé des problèmes semblables dans diverses autres régions. L'amélioration de ces conditions s'est faite grâce à l'aide des instituts féminins dans de nombreux districts. Les écoles des régions rurales sont devenues la cible de programmes élargis d'éducation en matière d'hygiène publique administrés par les infirmières-hygiénistes et d'autres fonctionnaires du ministère de la Santé. En 1965, les coûts d'installation d'égouts et d'aqueducs étaient généralement partagés par les autorités provinciales et fédérales,[78] afin d'accélérer l'amélioration des conditions sanitaires générales.

Les soins dentaires ont également reçu une attention accrue dans les années 1950. La Société dentaire de la province a lancé une enquête sur la santé dentaire en 1950. Le comité d'enquête a constaté que plus de 45 % des enfants examinés n'avaient reçu aucun traitement de remise en état et qu'au moins le tiers n'avaient jamais reçu aucun traitement dentaire, quel qu'il soit.[79] Le Nouveau-Brunswick comptait 105 dentistes en 1950, soit un rapport d'un sur 4 914 habitants, le plus faible au Canada à l'époque, à l'exception de celui de Terre-Neuve. La moyenne générale pour le Canada à ce moment-là était d'environ un dentiste sur 3 000 habitants. Pour répondre aux recommandations du comité d'étude, la Division de la santé dentaire a engagé deux hygiénistes dentaires en 1956, et a commencé à ouvrir des cliniques communautaires dans toute la province.

Malgré ces activités accrues, le directeur des Services dentaires constatait, dans son rapport de 1957, que le problème de la carie dentaire au Nouveau-Brunswick était grave et très répandu. L'une des principales difficultés consistait à convaincre les collectivités de fluoriser leur eau potable, mais ce n'est pas avant les années 1970 que la fluoration s'est faite sur une grande échelle. La pénurie de dentistes dans la province s'est poursuivie tout au long des années 60.

En 1960 même, les maladies contagieuses avaient été contrôlées dans une grande mesure grâce à l'immunisation, à l'amélioration des réserves d'eau, des réserves alimentaires, de la salubrité publique, grâce également à l'éducation personnelle en matière d'hygiène et à l'amélioration de la qualité des soins médicaux et hospitaliers. Les services de santé publique ont commencé à évoluer pour répondre aux nouveaux besoins d'une société qui était devenue de plus en plus consciente de l'importance de la santé. Des diminutions considérables des taux de mortalité infantile ont donné lieu à un accroissement rapide de l'espérance de vie des Canadiens. En 1926, le Canadien moyen vivait jusqu'à environ 58 ans, mais dès 1946, l'espérance de vie était de 73 ans. Cette hausse a créé de nouveaux besoins en matière de services à l'intention des personnes âgées, ce qui a donné lieu à l'établissement d'un plus grand nombre de foyers

de soins infirmiers et à l'élargissement des programmes d'hygiène publique à l'intention des personnes âgées.

Par suite du contrôle de la plupart des maladies infectieuses, d'autres maladies comme le cancer et les maladies respiratoires et cardiovasculaires ont pris plus d'importance. On a donc offert de plus en plus de programmes d'éducation du public sur ces maladies et les méthodes de prévention. Des brochures soulignant les dangers de la cigarette ou indiquant les signes avertisseurs de maladies graves sont devenus de plus en plus populaires. L'augmentation des taux d'accident et des cas de toxicomanie et d'alcoolisme nécessitait également la mise sur pied de nouveaux programmes. En 1963, une division de l'éducation en matière d'alcoolisme a été établie à l'échelle de la province, et des programmes d'éducation à l'hygiène ont été lancés pour renseigner le public sur les dangers de la cigarette, des drogues et de l'alcool. Avec les ans, un certain nombre d'organismes bénévoles commaunautaires, par exemple les Alcooliques Anonymes, ont vu le jour; ils ont pour tâche de compléter les services du ministère de la Santé.

De nouveaux programmes de prévention ont commencé à voir le jour dans le domaine du soin des enfants grâce à l'établissement de cliniques pédiatriques qui faisaient des tests de sang pour déceler l'arriération mentale chez les nouveaux-nés.[80] Des programmes de planification familiale et de régulation des naissances ont également commencé à être offerts pour tenter de régler le problème que posait l'accroissement rapide du nombre de femmes enceintes non mariées. Les services de rééducation ont également continué à progresser, notamment après l'ouverture du Centre de réadaptation de Forest Hill en 1958.

Dans les années 1970, les services d'hygiène publique offraient une grande diversité d'activités au sein d'une organisation régionalisée. L'accent était mis sur les inspections d'hygiène publique, les services d'infirmières-hygiénistes, les soins aux mères et aux enfants, le contrôle des maladies contagieuses, l'éducation en matière d'hygiène publique, la lutte contre l'alcoolisme et les services communautaires, les maisons de soins infirmiers, la santé mentale, la santé dentaire et les programmes d'ergothérapie. Divers programmes régionaux, et notamment des conférences sur la santé des enfants, la santé des écoliers et des cours prénatals, ont vu le jour. Le nursing en matière d'hygiène publique continuait à être axé sur les enfants d'âge pré-scolaire, mais parallèlement, on a développé le nursing à domicile, dans le cadre duquel les membres de la famille recevaient des leçons sur la façon de continuer les soins à la maison. Depuis les débuts du nouveau programme de foyers de soins infirmiers en 1971, programme qui veille à ce que tous les foyers autorisés maintiennent des normes acceptables de soins, le nursing en matière d'hygiène publique a également accru son rôle en matière de supervision de la santé des adultes.

En 200 ans, l'orientation des services d'hygiène publique a considérablement changé. Les services qui se préoccupaient avant tout d'éviter la prolifération des maladies infectieuses au XVIII[e] et au XIX[e] siècles se sont transformés en un organisme de grande échelle qui administre les soins dans divers secteurs. Il offre notamment de l'aide à de nombreuses sociétés bénévoles, comme la Société canadienne du cancer, la Société d'arthrite et l'Institut national canadien pour les aveugles.

Lancement du Programme d'égalité sociale

Jusqu'en 1967, le gouvernement provincial ne finançait qu'en partie les services d'hygiène publique, le reste étant assumé par les conseils de santé de chaque comté. Mais dans les années 1960, il devint apparent qu'il y avait de graves inégalités dans le système des soins de santé au Nouveau-Brunswick. À cause des disparités régionales au sein même de la province, les conseils de santé de district n'avaient pas les mêmes normes en matière de soins. Les régions rurales étaient particulièrement vulnérables, parce que le revenu y était en général inférieur et qu'elles n'avaient pas les moyens d'offrir des services de même qualité. Pour régler ces problèmes d'ordre financier, qui se retrouvaient dans tous les domaines du bien-être social, le premier ministre libéral Louis Robichaud a lancé en 1967 un Programme d'égalité sociale qui a permis de transférer le financement des opérations municipales à la province. Les principales conséquences de l'adoption de ce programme dans le domaine de la santé ont été l'abolition des conseils de santé locaux et le transfert de leurs responsabilités au ministère de la Santé. Celui-ci s'est vu confier la responsabilité financière de la prestation directe de services d'hygiène publique dans toute la province, et l'objectif d'assurer des normes de base en matière de soins pour tous les résidents.[81] Avec l'abolition des conseils locaux en 1967, les services de santé dans les localités ont été regroupés en cinq régions administratives de la santé, désignées par les lettres A à E, chacune concentrée autour d'un grand centre urbain de la province.[82] Il s'agissait d'offrir un système coordonné de soins plus efficaces, qui permettait l'égalité d'accès aux services à tous les citoyens.

Même si le Programme d'égalité sociale n'a pas été mis en oeuvre avant 1967, les principes sur lesquels il était basé n'étaient pas nouveaux, particulièrement dans les deux grands domaines de la santé mentale et des services hospitaliers. Depuis les années 1950, on avait reconnu, dans ces deux domaines, qu'il était nécessaire d'offrir un tel programme communautaire équitable.

Hygiène mentale

Les vieux problèmes de surpopulation et de pénurie de personnel à l'Hôpital provincial de Lancaster ont persisté jusqu'aux années 1950, mais cette décennie a été marquée par des progrès considérables dans les méthodes de traitement, particulièrement avec la découverte des nouveaux médicaments antidépresseurs. Au Nouveau-Brunswick, une Division des services d'hygiène mentale a été établie en 1950 au sein du ministère provincial de la Santé, et a été à l'orgine d'améliorations rapides et de la mise sur pied de nouveaux services. Une autre étape importante a été franchie lors de la formation, en 1951, d'une direction provinciale de l'Association canadienne pour la santé mentale (organisme bénévole) qui a contribué à lancer et à coordonner de nouveaux programmes.

Avant 1950, les problèmes d'hygiène mentale étaient presque entièrement aiguillés vers l'Hôpital provincial, mais en vertu du système fédéral de subventions à la santé, on disposait dorénavant d'un soutien financier pour mettre sur pied une grande diversité de nouveaux services qui ont beaucoup amélioré l'accès aux traitements. Un programme axé sur le traitement actif et la prévention a été lancé; on y mettait l'accent sur l'éducation en matière

d'hygiène mentale, dans le dessein d'éliminer les graves stigmates sociaux associés à la maladie mentale. À cette époque, le vaste problème de la maladie mentale en général était considéré comme le problème le plus grave dans tout le domaine de la santé. Avant cette décennie, on ne s'était préoccupé que des cas les plus graves, mais l'on se tournait dorénavant vers les formes moins graves de la maladie mentale, qui étaient plus courantes, et qu'il était éminemment facile de traiter si elles étaient prises à temps. Des cliniques d'hygiène mentale ont commencé à voir le jour dans les grands centres urbains, et en 1954, l'ouverture du nouvel Hôpital provincial de Campbellton a contribué à alléger le grave problème de la surpopulation et à étendre les services au nord du Nouveau-Brunswick. La province était encore cependant aux prises avec de nombreux problèmes au cours des années 1950, et notamment l'absence de services spécialisés pour les personnes âgées et pour le soin des enfants arriérés mentaux. Néanmoins, cette décennie a marqué un tournant important dans le premier mouvement de décentralisation des services d'hygiène mentale.

D'autres progrès importants et de nouvelles tendances dans les soins d'hygiène mentale ont marqué les années 1960. Une étape importante a été la construction de la première école de l'Hôpital provincial pour les enfants arriérés mentaux à Saint-Jean, en 1962, suivie en 1965 de la conversion du sanatorium Jordan Memorial en un hôpital pour les personnes âgées et les adultes arriérés mentaux. Même si l'on reconnaissait que certains groupes spéciaux avaient besoin d'établissements séparés, on s'est intéressé de plus en plus à la décentralisation des nouveaux services, afin d'offrir les traitements dans les collectivités locales, plutôt que d'isoler et de séparer les patients dans des asiles trop grands et impersonnels. Le principal thème des soins de santé mentale dans les années 60 a été la désinstitutionnalisation, qui marquait une coupure par rapport aux institutions traditionnelles pour les malades mentaux, dont les traitements étaient jugés passés de mode et inacceptables, sauf dans les cas les plus graves. Cette attitude s'est développée parallèlement aux progrès de la psychiatrie, à l'apparition de nouvelles drogues et à la reconnaissance que les maladies mentales étaient très répandues dans la société.

C'est en 1969 qu'on a commencé à offrir sur une grande échelle des services de santé mentale communautaires, par suite de l'adoption du Programme d'égalité des chances, l'accent étant mis sur le diagnostic précoce, le traitement et le retour à la collectivité; des soins de suivi étaient offerts à la maison ou dans des centres de transition. Une nouvelle Loi sur l'hygiène mentale adoptée en 1969 autorisait l'admission informelle à des établissements de soins psychiatriques, encourageait davantage les admissions volontaires et permettait également la mise sur pied de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. La Division de l'hygiène mentale de la province a également commencé à offrir un service régional, selon les cinq grandes divisions administratives de la province. Les années 1970 ont vu la cristallisation de la tendance à la régionalistion des services d'hygiène mentale et à leur intégration aux autres services communautaires.

L'adoption de l'assurance-maladie en 1971 a créé une demande accrue en matière de services d'hygiène publique et a augmenté l'accessibilité au système de soins. Un plus grand nombre de cliniques d'hygiène mentale ont été ouvertes dans toute la province, des unités psychiatriques ont commencé à ouvrir dans les hôpitaux généraux, et divers organismes bénévoles ont été établis dans les collectivités, avec pour mission de compléter les services d'hygiène mentale déjà offerts. Citons par exemple l'organisation Chimo de Fredericton, qui offrait un service d'écoute où quiconque pouvait appeler pour discuter de ses problèmes personnels avec des conseillers ayant reçu une formation spéciale.

Le contrôle des services a continué d'être graduellement décentralisé, influencé en cela par l'évolution des principes de traitement et des attitudes cliniques face à la qualité des soins aux patients, et à la disponibilité des médicaments. Ces facteurs ont favorisé l'établissement d'un système de traitement qui permettait d'éviter la perturbation des liens familiaux et communautaires. Les deux hôpitaux provinciaux ont perdu peu à peu leur ancienne position centralisatrice dans le domaine des soins de santé mentale, et la réorientation a pris la forme d'un système unitaire d'organisation visant à accueillir les patients à long terme. En 1978, l'Hôpital provincial à Saint-Jean a été constitué en société sous le nom de *Centracare*, la gestion de l'établissement étant confiée à un conseil d'administration. L'hôpital psychiatrique de Campbellton a également été constitué en société, et ces deux institutions de servaient dorénavant de système de soutien pour les traitements à long terme. En 1980, la gamme des services et des experts disponibles était plus vaste, ce qui a amélioré dans l'ensemble les soins de santé mentale au Nouveau-Brunswick. Sur une période de 200 ans, les soins de santé mentale ont progressé d'un système centralisé, qui se contenait d'héberger les patients à un système communautaire de soins offrant des traitements actifs dans divers domaines.

Hôpitaux

Les subventions à la santé de 1948 ont constitué l'un des principaux soutiens financiers à la construction d'hôpitaux au Nouveau-Brunswick après la Deuxième Guerre mondiale. La plupart des hôpitaux ont été construits au moment où les collectivités ont décidé de répondre à leurs propres besoins en matière de services hospitaliers; les collectivités ne considéraient pas leurs établissements hospitaliers comme faisant partie d'un réseau provincial.[83] Ainsi, en règle générale, les hôpitaux ont évolué indépendamment les uns des autres, plutôt que d'offrir un réseau intégré et efficace de services connexes. En 1950, on avait constaté qu'une meilleure collaboration et qu'une meilleure coopération entre les établissements accroîtraient la qualité d'ensemble des soins. En 1951, une enquête sur la santé dans la province recommandait la régionalisation des établissements, ce qui voulait dire que la province serait divisée en plusieurs régions administratives, chacune dotée d'un conseil de planification et de coordination des services hospitaliers, ce qui favoriserait la décentralisation du processus décisionnel. Dans le dessein d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services, il a été proposé que la province soit divisée en cinq régions administratives de soins de santé, et que les hôpitaux les plus grands servent de "grands frères" aux plus petits, afin de promouvoir la collaboration et l'échange d'idées. Malheureusement, tous ces projets ont été longs à se réaliser. Même après l'établissement du programme de partage des coûts d'hospitalisation du gouvernement fédéral, qui a été adopté par la province en 1959 et qui couvrait les coûts d'hospitalisation, les plans de régionalisation des services hospitaliers semblaient encore dans un impasse. Le Programme d'égalité sociale, en vertu duquel le ministère de la Santé était chargé de la distri-

bution des fonds parmi les hôpitaux de la province, a parrainé une étude sur les établissements de santé au Nouveau-Brunswick en 1970. L'étude a ouvertement critiqué le réseau des services hospitaliers de la province:

> De l'absence par le passé d'une planification générale et coordonnée il a résulté que la plupart des localités ont leur propre hôpital. Bien que cela puisse sembler concorder avec la politique de "l'égalité sociale de tous les habitants", il ne faut pas oublier que la parité de l'accès aux hôpitaux n'implique pas automatiquement une parité d'accès à des services hospitaliers de haute qualité. Bien au contraire, le caractère de la médecine actuelle est tel que la mise sur pied de nombreux petits hôpitaux peut exercer un effet de dilution considérable sur la qualité des soins.[84]

L'étude concluait que pour des raisons à la fois de qualité et d'économie, les services hospitaliers devraient être concentrés et coordonnés dans le cadre d'un programme régional, les services spécialisés étant regroupés dans un même lieu. Selon le système en vigueur en 1970, le Nouveau-Brunswick comptait trente-huit hôpitaux dont les normes de qualité variaient. Ils étaient trop clairsemés et nombre d'entre eux étaient trop petits pour offrir des services efficaces. L'étude de 1970 proposait une plus grande intégration des services hospitaliers, par l'entremise d'un développement régional dans les cinq grandes régions administratives, avec des hôpitaux aux paliers des régions, des districts et des collectivités.

Dans le cadre du programme d'assurance-maladie auquel le Nouveau-Brunswick a adhéré en 1971, le gouvernement fédéral offrait à l'origine des subventions égales à toute augmentation des dépenses provinciales en matière de soins médicaux et hospitaliers, assumant ainsi jusqu'à 75 p. 100 des frais des services de santé. Mais en 1977, le gouvernement fédéral a imposé des restrictions à sa formule de partage des coûts et ses contributions ont été réduites à environ 50 p. 100.[85] Pour aider à maintenir la qualité des services et pour éviter les dépenses additionnelles, on a proposé un ticket modérateur qui serait imposé aux usagers des services hospitaliers; la formule a récemment été adoptée dans la province. Il fallait s'attacher davantage à l'efficacité opérationnelle, surtout si l'on considère que des 34 hôpitaux généraux qui existaient au Nouveau-Brunswick en 1978, à peine 8 avaient une capacité de plus de 200 lits; 13 comptaient entre 50 et 199 lits; et les 13 autres avaient moins de 50 lits.[86] En 1978, on a proposé de diviser la province en six régions au sein desquelles les hôpitaux seraient répartis en établissements régionaux, établissements de district et établissements communautaires. Il s'agissait d'offrir des services régionaux de façon à promouvoir la parité d'accès aux services pour les résidents de chaque secteur. Ainsi, les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont subi une évolution importante, passant de simples établissements indépendants répondant à des besoins spécialisés à un réseau complexe de services intégrés. Entre 1950 et 1984, les hôpitaux ont été utilisés de plus en plus couramment par une proportion sans cesse croissante de la population; ils se sont mis à la fine pointe de la technologie, grâce à l'introduction d'équipement moderne, par exemple les tomographes, et à l'établissement de nouvelles divisions, par exemple la médecine nucléaire.

Personnel médical

L'évolution du nursing au Nouveau-Brunswick a été marquée par une tendance de plus en plus prononcée vers des programmes de formation universitaire, au détriment des écoles de formation dans les hôpitaux. Le *Rapport Wright*, publié en 1951, examinait les conditions de pratique du nursing dans la province. Il y avait à l'époque 14 écoles de nursing dans des hôpitaux généraux qui comptaient entre 47 et 500 lits.[87] Les étudiantes en nursing avaient de trop lourdes responsabilités lorsqu'il s'agissait de répondre aux besoins des hôpitaux, et de nombreux établissements ne répondaient pas aux normes de soins établies au Canada. Il fallait accorder plus d'importance au nombre d'infirmières et à la qualité de leur formation, et le *Rapport Wright* recommandait l'établissement d'une école de nursing à l'Université du Nouveau-Brunswick, qui assurerait un programme d'enseignement centralisé, complété par le travail clinique. Un autre ouvrage, publié en 1956, le *Rapport Russel*, préconisait les mêmes idées et proposait les principes de base d'un programme de baccalauréat en nursing à l'UNB. L'amélioration des normes de la formation des infirmières entraînerait naturellement une amélioration de la qualité des services infirmiers. On espérait également donner plus d'importance à la profession infirmière en reconnaissant que les infirmières étaient les "principaux agents" des services de santé, étant donné leurs contacts directs, individuels et durables avec les patients;[88] on cherchait également à encourager les infirmières à se tenir au courant des progrès de la médecine.

En 1958, une subvention de la Fondation W. K. Kellogg a permis à l'Université du Nouveau-Brunswick d'ouvrir une école de nursing offrant un programme de baccalauréat d'une durée de quatre ans. Six ans plus tard, une école de nursing francophone a été établie à l'Université de Moncton. Depuis, un grand nombre des écoles de formation hospitalière de la province ont été éliminées progressivement, et le nursing est devenu une profession spécialisée.

Après la Deuxième Guerre mondiale, les progrès rapides des connaissances scientifiques ont donné lieu à d'importants changements technologiques dans les systèmes de soins de santé, ce qui a accru l'utilisation d'un équipement coûteux qui, à son tour, a occasionné une croissance régulière des coûts hospitaliers. Les hôpitaux modernes sont devenus des centres de médecine de haute technologie, et ont créé de nouvelles divisions, par exemple la microchirurgie et la médecine nucléaire. Ces progrès nécessitaient un personnel mieux formé et ont entraîné la spécialisation de certaines fonctions et une division plus marquée des tâches. Pour se tenir à la fine pointe de ces changements rapides, les infirmières et les médecins ont dû se spécialiser de plus en plus rapidement après 1950, dans des domaines comme l'orthopédie, la pédiatrie et la médecine interne. En conséquence, on a vu l'apparition de services interdépendants au sein d'un même système vaste et complexe. L'expansion et la complexité sans cesse croissantes des soins de santé ont amené une restructuration importante des relations médecins-patients. Aujourd'hui, il y a très peu de médecins qui font encore des visites à domicile, et l'on ne retrouve pas les mêmes communications étroites et personnelles qui existaient avec les patients, les médecins ayant des pratiques de plus en plus importantes. Comme le soulignait un médecin de la province qui a commencé à pratiquer en 1930, "la présence rassurante du médecin se fait de plus en plus rare,

et en conséquence, les soins se dépersonnalisent."[99] L'adoption des régimes d'assurance-maladie a été bénéfique lorsqu'il s'agissait d'améliorer l'accès aux services de santé, mais certains médecins estiment qu'ils ont fait de la maladie un commerce et qu'ils ont entraîné de graves abus, tant de la part des patients que de celle des médecins. Les soins sont devenus plus complexes et moins personnalisés; le patient est traité comme un consommateur. En outre, avec les changements technologiques rapides qui révolutionnent les soins de santé, le patient est parfois en droit de se demander si son médecin est un être humain ou une machine.[99]

En dépit de certains aspects négatifs, par exemple cette dépersonnalisation des traitements, les soins de santé au Nouveau-Brunswick ont énormément progressé en 200 ans d'histoire. À l'origine, le réseau était très aléatoire, et n'était assorti d'aucune norme scientifique. Certains patients pouvaient bénéficier des traitements et des services appropriés, d'autres pas. Mais comme le public s'est de plus en plus intéressé à l'hygiène publique, par suite de l'avancement des connaissances scientifiques et d'un financement accru de la part des autorités fédérales et provinciales, les soins de santé au Nouveau-Brunswick ont évolué dans le cadre d'un système public universel auquel tous les résidents de la province ont un accès égal. Ils peuvent dorénavant se prévaloir de toute une gamme de services, selon un réseau intégré de soins de santé.

Lectures Proposées

Il n'y a pas beaucoup de matériel secondaire adéquat sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick. L'ouvrage du Dr W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick* (Moncton, 1974), peut se révéler utile à titre de documentation. Même si l'auteur a tendance à présenter un trop grand nombre d'anecdotes, son ouvrage constitue un bon historique des soins de santé. L'article intitulé "The Development of Public Health in New Brunswick" publié par le Dr William Warwick dans l'édition d'avril 1935 de la *Revue canadienne de santé publique* sera également utile à titre de documentation. L'article du Dr R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979", renferme beaucoup d'information précieuse.

Les *Journals of the House of Assembly of New Brunswick* contiennent souvent des informations importantes sur les questions de santé dans la province, particulièrement avant la création du ministère provincial de la Santé en 1918. Les sources les plus précieuses d'information à ce sujet depuis 1918 sont les *Rapports annuels* du ministère de la Santé.

Le "*Report on a Sanitary Survey of the Province of New Brunswick*", de John Hall (Fredericton, 1917), qui se trouve à la bibliothèque du Parlement, est également un ouvrage important à consulter. M. Hall y fait état d'un grand nombre des problèmes de santé qui existaient au Nouveau-Brunswick au début du XXe siècle et propose un modèle qui a été utilisé par la suite par le gouvernement provincial pour l'établissement du ministère de la Santé. En 1950, un comité de la santé provincial a mené une enquête exhaustive sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick, et son rapport, intitulé *The Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee*, publié en 1951, constitue une source précieuse d'information, tout comme l'annexe, intitulée *Extension to 1954 of the New Brunswick Health Survey Report of 1951*. On trouvera d'autres renseignements importants dans le *Rapport du Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick*, 1978.

Deux articles de James Whalen offrent des détails intéressants sur les débuts du système de bien-être social au Nouveau-Brunswick, particulièrement le premier, intitulé "Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900", qui a été publié dans *Acadiensis*, volume 2, n° 1, 1972. L'article "The Nineteenth Century Almshouse System in Saint John County" (*Social History*, 1971) est également une bonne source de documentation.

Les deux principales sources d'information sur le nursing au Nouveau-Brunswick sont les ouvrages suivants: *Report of a Study of Nursing Education in New Brunswick*, de Edith Kathleen Russel (Fredericton, 1956), et, de Katherine McLaggan, *Portrait of Nursing: A Plan for the Education of Nurses in the Province of New Brunswick* (1965).

L'évolution des services hospitaliers est fort bien documentée dans une publication gouvernementale intitulée *Report on the Hospitals of New Brunswick with Recommendations*, 1950, et dans l'étude controversée de Llewelyn-Davis, publiée en 1970: *Étude des installations de santé dans la province du Nouveau-Brunswick*.

L'évolution des soins de santé mentale au Nouveau-Brunswick est relativement bien documentée. Les premiers rapports annuels de l'asile provincial ont été annexés aux *Journals of the Legislative Assembly* du Nouveau-Brunswick. Un article du Dr A. F. Chaisson, intitulé "Mental Health in New Brunswick", publié dans les *Maxwell Papers* et qui se trouve dans les archives de la bibliothèque Harriet Irving, est une importante source de documentation sur la situation des soins de santé mentale dans la province jusqu'en 1948. Citons également l'ouvrage intitulé *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, volumes 1 et 4, publié par Henry Hurd (New York, Arno, 1973). Il s'agit d'un ouvrage qui a paru pour la première en 1916, et qui ne contient donc que des informations limitées. Un source de documentation particulièrement utile: l'article de Daniel Francis, "The Development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces", publié dans S. E. Shortt (coll.), *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives*, (Montréal, 1981).

Le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social a publié un certain nombre de rapports sur les services de santé mentale au Canada, dont on peut dégager les tendances générales des soins de santé. Depuis 1960, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a publié divers documents sur la santé mentale, notamment le rapport Travis-Cushing intitulé *Report of Study Committee on Mental Health Services in the Province of New Brunswick* (1968), et du Dr Janet Stoppard, *Mental Health Needs in Regions 1, 2, and 3: Report on a Key Informant's Study*, 1980.

On peut également consulter des sources générales de référence sur l'histoire de la médecine au Canada. Les deux ouvrages de John Hagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada* (Toronto, 1928), et *The Romance of Medicine in Canada* (Toronto, 1948), donnent un excellent aperçu de l'évolution de la médecine au pays. On peut également consulter à profit les ouvrages suivants: *The Canadian Health System*, de Lee Soderstrom (London, 1978); David Coburn et al., *Health and Canadian Society* (Fitzhenry, 1981); et Carl Meilicke, *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends* (Michigan, 1980).

Notes

1. W. Brenton Stewart, *Medicine In New Brunswick*. (Moncton, Moncton Publishing Company, 1974), pp. 1-3, 21-27.
2. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Présence*. (Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1968).
3. John Hagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada*. (Toronto, Macmillan, 1928), volume 1, p. 362.
4. Doreen Menzies Arbuckle, *The Northwest Miramichi. A History of the Locality*. (Ottawa, Westobra Printers), p. 145.
5. Dr William Warwick, "The Development of Public Health in New Brunswick", dans la *Revue canadienne de santé publique* (Avril 1935), p. 168.
6. *New Brunswick Magazine*.
7. Dr William Warwick, "The Development of Public Health in New Brunswick", dans la *Revue canadienne de santé publique* (Avril 1935), p. 172.
8. James Whalen, "Social Welfare in New Brunswick 1784-1900" dans *Acadiensis* (Volume 2, n° 1, 1972), p. 172.
9. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick*. (Moncton, Moncton Publishing Company, 1974), p. 79.
10. Nouveau-Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee, 1951*, p. 54.
11. *Ibid*.
12. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick*. (Moncton, 1974), p. 83.
13. Geoffrey Bilson, "The Cholera Epidemic in Saint John, New Brunswick, 1854", dans *Acadiensis*, volume 4, n° 1, 1974.
14. Doreen Menzies Arbuckle, *The Northwest Miramichi. A History of the Locality*. (Ottawa, Westbora Printers), p. 149.
15. John Hagerty, *Four Centuries of Medical History in Canada*. (Toronto, Macmillan, 1928), p. 51.
16. John Murray Gibbon, *Three Centuries of Canadian Nursing*. (Toronto, Macmillan, 1947).
17. Dr Everett Chalmers, "Medical History of Fredericton", conférence prononcée devant la Société historique York-Sunbury (le 20 mars 1980).
18. Doreen Menzies Arbuckle, *The Northwest Miramichi. A History of the Locality*. (Ottawa, Westbora Printers), p. 144.
19. Dr William Bayard, "An Address delivered at the opening of the training school for nurses at the General Public Hospital in Saint John" (le 4 octobre 1888, Microfiche C.I.H.M. 05979), p. 5-6.
20. *Ibid*., p. 6.
21. Journal d'Elizabeth Innes, cité dans John Murray Gibbon, *Three Centuries of Canadian Nursing*. (Toronto, Macmillan, 1947), p. 68.
22. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick*. (Moncton, Moncton Publishing Company, 1974), p. 40.
23. Cité dans Henry Hurd (coll.), *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, volume 1. (New York, Arno Press, 1973, éd. rév.).
24. James Whalen, "Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900" dans *Acadiensis*, volume 2, n° 1, 1972.
25. Daniel Francis, "The Development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces", dans Samuel E.D. Shortt (coll.), *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives*. (Montréal, McGill-Queens University Press, 1981), p. 93.
26. Cité par le Dr John Waddell, *Ibid*., p. 105.
27. Appendice, *Journals of House of Assembly of New Brunswick*, 1850.
28. Geoffrey Bilson, "The Cholera Epidemic in Saint John, New Brunswick, 1854" dans *Acadiensis*, volume 4, n° 1, 1974.
29. Dr William Bayard, *History of the General Public Hospital in the City of Saint John, New Brunswick*, 1896.
30. W. Austin Squires, *History of Fredericton: The Last 200 Years*.
31. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick*. (Moncton, Moncton Publishing Company, 1974), p. 14.
32. David Coburn et al. (coll.), *Health and Canadian Society*. (Toronto, Fitzhenry, 1981), p. 17.
33. New Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee, 1951*, p. 81.
34. Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Présence*. (Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1968).
35. Dr William Bayard, "An Address delivered at the opening of the training school for nurses at the General Public Hospital in Saint John, New Brunswick" (le 4 octobre 1888, Microfiche C.I.H.M. 05979), p. 5.
36. *Présence*.
37. Canada, Ministère de la Santé et du Bien-être social, *Sciences d'hygiène mentale au Canada*. (Ottawa, 1954).
38. Henry Hurd (coll.) *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*, volume 4. (New York, Arno Press, 1973), p. 60.
39. Nouveau-Brunswick, *Mental Hygiene Survey of the Province of New Brunswick*, 1920.
40. Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. (Ottawa, 1974).
41. Bill Smith, "Manning the Ship of Health: The Creation of the New Brunswick Department of Health" (Fredericton, Département d'histoire de l'Université du Nouveau-Brunswick, essai non publié, 1981), p. 6.
42. J. Russell, "Bath-taking difficulties in Saint John over 100 Years Ago" dans *Maritime Advocate*, volume 46, 1955.
43. Laurie Corbett, "History of Water System". (Fredericton, City Hall, 1983).
44. Public Health Act 1887, 50 Victoria C3, *Acts New Brunswick 1885-1887*.
45. Cité dans Bill Smith, "Manning the Ship of Health", p. 1.
46. Dr William Bayard, "Annual Report Provincial Board of Health", dans *Journals of House of Assembly New Brunswick*, 1888.
47. Dr William Warwick, "The Development of public health in New Brunswick", dans la *Revue canadienne de santé publique* (Avril 1935), p. 173.
48. Bill Smith, "Manning the Ship of Health", p. 4.
49. Robert Craig Brown et Ramsay Cook, *Canada 1896-1921. A Nation Transformed*, p. 295.
50. Nouveau-Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee, 1951*, p. 177.
51. Bill Smith, "Manning the Ship of Health", p. 15.
52. *Ibid*., p. 18.
53. John Hall, "Report on a Sanitary Survey of the Province of New Brunswick with a plan for a provincial Department of Health". (Fredericton, 1917).
54. *Acts New Brunswick 1917-18* C38 George V, 1918, p. 211.
55. Charles Ferris, "The New Brunswick Elections of 1917", thèse de maîtrise. (Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, 1974).
56. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1922, p. 20.
57. *Ibid*., 1964, p. 114.
58. Dr R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979".
59. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1930, p. 21.

60. Dr R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979", p. 8.
61. *Ibid.*
62. Cité dans W. Brenton Stewart, p. 121.
63. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1935.
64. Dr William Warwick, "The Development of Public Health in New Brunswick" dans la *Revue canadienne de santé publique* (Avril 1935), p. 175.
65. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1964.
66. Dr R. W. Tooley, "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979".
67. W. Brenton Stewart, *Medicine in New Brunswick*. (Moncton, Moncton Publishing Company, 1974), p. 121.
68. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1960, p. 23.
69. Nouveau-Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951*.
70. *Ibid.*, p. 57.
71. Dr Everett Chalmers, "Medical History of Fredericton", conférence prononcée devant la Société historique York-Sunbury (le 20 mars 1980).
72. Nouveau-Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951*.
73. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1922.
74. A. F. Chaisson, "Mental Health in New Brunswick" dans *Maxwell Papers*, Harriet Irving Archives, 1948, p. 5.
75. Nouveau-Brunswick, *Report of a Royal Commission Inquiry, The Provincial Hospital, Saint-John, N.B.*, 1945.
76. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1949.
77. Nouveau-Brunswick, *Extension to 1954 of the New Brunswick Health Survey Report of 1951*.
78. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1965.
79. _____, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951*.
80. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1972.
81. Louis J. Robichaud, *Programme d'égalité sociale*, Novembre 1965, p. 7.
82. Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé, *Rapport annuel*, 1967.
83. Nouveau-Brunswick, *Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick*, 1978.
84. Nouveau-Brunswick, *Étude des installations de santé dans la province du Nouveau-Brunswick*. (Ottawa, Llewelyn-Davies, 1970), p. 1.
85. Brenda Robertson, *Allocution de l'honorable Brenda Robertson, ministre de la Santé, à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick*, le 6 avril 1979.
86. Nouveau-Brunswick, *Rapport du Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick*, 1978.
87. Nouveau-Brunswick, *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee 1951*, p. 106.
88. Edith Kathleen Russel, *The Report of a Study of Nursing Education in New Brunswick*. (Fredericton, K. and W. Enterprises, 1956).
89. Dr Everett Chalmers, "Medical History of Fredericton". Conférence prononcée devant la Société historique York-Sunbury (le 20 mars 1980).
90. *Ibid.*

Bibliographie

Acadiensis. Volume 4, n° 1, 1974.

Agnew, Harvey, *Canadian Hospitals, 1920 to 1970*. Toronto, University of Toronto Press, 1974.

Annual Reports of the Provincial Lunatic Asylum, 1849-1900, annexés aux *Journals of the House of Assembly of New Brunswick*.

Arbuckle, Doreen Menzies. *The Northwest Miramichi. A History of the Locality*. Ottawa, Westbora Printers.

Association canadienne d'hygiène mentale. *Report of the Study Committee on Public Health Practice in Canada*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Présence*. Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1968.

Atlantic Advocate. Volume XLVII, 1958.

Bayard, William. "An address delivered at the opening of the training school for nurses at the General Public Hospital in Saint John." Le 4 octobre 1888. Microfiche C.I.H.M. 05979.

_____. *History of the General Public Hospital in the City of Saint John, New Brunswick*. 1896.

Bilson, Geoffrey. "The Cholera Epidemic in Saint John, New Brunswick, 1954," dans *Acadiensis*. Volume 4 n° 1, 1974.

Blishen, Bernard. *Doctors and Doctrines: The Ideology in Canada*. Toronto, University of Toronto Press, 1969.

Bullough, Vern. *The Care of the Sick: The Emergence of Modern Nursing*. London, Croom Helm, 1979.

Busy East. Volume 21, Juillet 1931.

Canada. Ministère de la Santé et du Bien-être social. *Les sciences d'hygiène mentale au Canada*. Ottawa, 1954.

Canada. Ministère de la Santé et du Bien-être social. *Questions et Réponses. Le Programme fédéral des soins médicaux*. Ottawa, 1971.

Canada. Ministère de la Santé et du Bien-être social. *Déclaration sur les sciences de santé aux Indiens*. Ottawa, le 19 septembre 1979.

Canada. Ministère de la Santé et du Bien-être social. *Report of the National Health Survey*. Ottawa, 1945.

Canada. *La commission royale sur les services de santé*. Volume 1, 1964.

Cassidy, Harry. *Public Health and Welfare Organization in Canada*. Toronto, Ryerson Press, 1945.

Chaisson, A.F. "Mental Health in New Brunswick," dans *Maxwell Papers*, Harriet Irving Archives, 1948.

Chalmers, Dr Everett. "Medical History of Fredericton." Conférence prononcée devant la Société historique York-Sunbury (le 20 mars 1980).

Coburn, David et al. (coll.) *Health and Canadian Society*. Toronto, Fitzhenry, 1981.

Coburn, Judi. "I See and am Silent: A Short History of Nursing in Ontario, 1850-1930," dans Coburn, David et al. (coll.), *Health and Canadian Society*. Toronto, Fitzhenry, 1981.

Corbett, Laurie. "History of Water System" (Fredericton, City Hall, 1983).

Deloughery, Grace. *History and Trends of Professional Nursing*. 8e édition. Saint Louis, Mosby, 1977.

Ferris, Charles. "The New Brunswick Elections of 1917". Thèse de maîtrise, Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, 1974.

Francis, Daniel. "The Development of the Lunatic Asylum in the Maritime Provinces," dans Samuel E.D. Shortt (coll.), *Medicine in Canadian Society: Historical Perspectives*. Montréal, McGill-Queens University Press, 1981.

Gibbon, A. Douglas. "Modern Medicine Men," dans *Atlantic Advocate*, Juin 1958.

_____. "The Kent Marine Hospital," dans *Collections of the New Brunswick Historical Society*, 1955.

Gibbon, John Murray. *The Victorian Order of Nurses for Canada: Fiftieth Anniversary, 1897-1947*. Montréal, Southern Press, 1947.

_____. *Three Centuries of Canadian Nursing*. Toronto, Macmillan, 1947.

Hall, John. "Report on a Sanitary Survey of the Province of New Brunswick with a plan for a Provincial Department of Health." Fredericton, Bibliothèque du Parlement, 1917.

Hanscome, A.V. *History of Saint John General Hospital and School of Nursing*. Saint-Jean, Lingley Press, 1955.

Harper, J. Russel. "Bath-taking difficulties in Saint John over 100 Years Ago," dans *The Maritime Advocate and Busy East*. Volume 46, 1955.

Heagerty, John. *Four Centuries of Medical History in Canada*. 2 volumes. Toronto, Macmillan, 1928.

_____. *The Romance of Medicine in Canada*. Toronto, Ryerson Press, 1940.

Hurd, Henry (coll.) *The Institutional Care of the Insane in the United States and Canada*. Volumes 1 et 4. New York, Arno Press, 1973, éd. rév.

Jack, Donald. *Rouges, Revels and Geniuses: The Story of Canadian Medicine*. Toronto, Doubleday, 1981.

Journals of the House of Assembly of New York, 1847-1917.

Lalonde, Marc. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa, 1974.

Larson, Hans et William Y Smith. *The Economy of the Maritime Provinces and Its Problems*. Fredericton, Université du Nouveau-Brunswick, Département d'économie, 1979.

Lawrence, Joseph. "The Medical Men of Saint John in its First Half Century," dans *New Brunswick Historical Society Collection* Volume 1 n° 3.

MacDermot, H.E. *One Hundred Years of Medicine in Canada, 1867-1967*. Toronto, McClelland and Stewart, 1967.

Maritime Advocate and Busy East. Sackville, 1955.

McLaggan, Katherine. *Portrait of Nursing: A Plan for the Education of Nurses in the Province of New Brunswick*. Fredericton, Association des infirmières enregistrées du Nouveau-Brunswick, 1965.

McMaster, A.J. "The Training School for Nurses," dans *Busy East* Volume 21, 1931.

McPherdron, Margaret et al. *Reflections: Nursing Education at U.N.B. 1958-1983*.

Meilicke, Carl et Janet Starch (coll.) *Perspectives on Canadian Health and Social Services Policy: History and Emerging Trends*. Michigan, Health Administration Press, 1980.

Nouveau-Brunswick. *Cooperative Efforts in Mental Health Planning In Southern New Brunswick. Rapport technique n° 4*, 1981.

Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé et du Bien-être social. *Rapports annuels*, 1918-1983.

_____. *Rapport sur les services d'hygiène mentale, Province du Nouveau-Brunswick*, 1979.

Nouveau-Brunswick. *Directory of Mental Health Services In Southern New Brunswick*, Avril 1981.

_____. *Extension to 1954 of the New Brunswick Health Survey Report of 1951*, 1954.

_____. *Mental Hygiene Survey of the Province of New Brunswick*, 1920.

_____. *Medicare, Public Health Services and Maritime Union*. M.D.T. Associates, 1970.

_____. *Rapport sur l'hygiène mentale 1978 du Conseil consultatif des services de santé*, 1978.

_____. *Observations and Comments of the Government of the Province of New Brunswick on the report of the Health Survey Committee*, 1951.

_____. *Province of New Brunswick Report of the Health Survey Committee*, 1951.

_____. *Allocution de l'honorable Brenda Robertson, ministre de la Santé, à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick*, le 6 avril 1979.

_____. *Report of Royal Commission Inquiry. The Provincial Hospital, Saint John, N.-B.*, 1945.

_____. *Report of Study Committee on Mental Health Services In The Province of New Brunswick*, Mars, 1968.

_____. *Reports of the Southern New Brunswick Mental Health Planning Committee, le 1er mars 1982.*

_____. *Rapport du Comité sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick*, Janvier 1978.

_____. *Report on the Hospitals of New Brunswick with recommendations*, 1950.

_____. *Resource Allocation Committee: Final Report on a New method for Distributing Hospital Services Funds Among Regions and Hospitals*. Octobre 1979.

_____. *Étude des installations de santé dans la province du Nouveau-Brunswick*. Ottawa, Llewelyn-Davies, Avril 1970.

_____. *White Paper on the Responsibilities of Government*, 1965.

_____. *Livre blanc sur le développement social et le bien-être social*, 1970.

Physicians Panel on Canadian Medical History. Schering, 1967.

Puddington, Dr B.A. "The History of Medicine and Surgery in Grand Falls," dans *Collections of the New Brunswick Historical Society*. Saint-Jean, Lingley Printing, 1961.

Revue canadienne de santé mentale, Avril 1935.

Robertson, H. Rocke. *Considérations sur les soins de santé au Canada* (à l'intention du Conseil des sciences du Canada). Ottawa, Information Canada, 1973.

Robichaud, Honourable Louis J. *Programme d'égalité sociale*. Novembre 1965.

Russel, Edith Kathleen. *The Report of a Study of Nursing Education in New Brunswick*. Fredericton, K and W Enterprises, 1956.

Searle, Eva. *100 Years More or Less*. Fredericton, Radio Atlantic, 1972.

Shortt, Samuel. *Medicine In Canadian Society: Historical Perspectives*. Montréal, McGill-Queen's University Press, 1981.

Smith, Bill. "Manning the Ship of Health: The Creation of the New Brunswick Department of Health." Département d'histoire, Université du Nouveau-Brunswick, 1981.

Soderstrom, Lee. *The Canadian Health System*. London, Croom Helm, 1978.

Squires, W. Austen. *History of Fredericton: The Last 200 Years*. Fredericton, Centennial Print and Litho., 1980.

Stoppard, Janet. *Mental Health Needs in Regions 1, 2, and 3: Report on a Key Informants Study*. 1980.

Stanley, Della. *Louis Robichaud: A Decade of Power*. 1984.

Stewart, W. Brenton. *Medicine in New Brunswick*. Moncton, Moncton Publishing Company, 1974.

Tooley, Dr R.W. "Development of Public Health in New Brunswick, 1909-1979." (Essai non publié).

Torrance, George. "Hospitals as Health Factories," dans Coburn et al. (coll.) *Health and Canadian Society*. Toronto, Fitzhenry, 1981.

Warwick, Dr William. "The Development of Public Health in New Brunswick," dans la *Revue canadienne de santé publique*, Avril 1935.

Watson, Bernard. *A Hundred Years War: The Salvation Army 1865-1965*. London, Hadder, 1964.

Webster, John Clarence. *Those Crowded Years 1963-1944*. Shediac, 1944.

Whalen, James. "Social Welfare in New Brunswick, 1784-1900" dans *Acadiensis* Volume 2, n° 1, 1972.

_____. "The Nineteenth Century Almshouse System in Saint John County," dans *Social History*, 1971.

Wilkins, Russel. *Health Status in Canada, 1926-1976*. Montréal, Institut de recherches politiques, 1979.

Wright, Alice Lilian. *A Survey of Nursing Needs and Resources for the Province of New Brunswick*, 1950.